

C'est la vie de qui après tout? : Programme visant le développement de
l'autodétermination chez les adultes à risque d'itinérance présentant une déficience
intellectuelle.

Université de Montréal

par

Émilie Grenier©

École de psychoéducation

Faculté des arts et des sciences

Rapport d'intervention présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention
du grade de maîtrise ès sciences (M.Sc.) en psychoéducation

Professeur responsable : Serge Larivée

29 août 2012

Sommaire

Depuis les années 1990, le développement de l'autodétermination chez les personnes ayant une déficience intellectuelle est considéré, dans le domaine de l'éducation spécialisée, comme l'un des objectifs d'intervention les plus importants à atteindre chez cette clientèle (Chambers, Wehmeyer, Saito, Lida, Lee, & Singh, 2007). L'autodétermination est d'ailleurs considérée comme un aspect crucial pouvant mener à des résultats de vie plus positifs chez les personnes ayant des limites intellectuelles (Wehmeyer & Schwartz, 1997). Or, la littérature recense peu de programmes valides visant l'acquisition d'une plus grande autodétermination chez les adultes ayant une déficience intellectuelle.

La présente étude a pour objectif d'évaluer un programme d'intervention visant le développement de l'autodétermination chez les adultes à risque d'itinérance présentant une déficience intellectuelle. Lors de l'implantation du programme, les participants ont assisté à une série de 11 ateliers leur permettant d'apprendre des habiletés sous-jacentes à l'acquisition d'une plus grande autodétermination. Ces ateliers ont été animés par une stagiaire finissante à la maîtrise en psychoéducation. Le programme a ensuite été évalué à l'aide d'un devis quasi-expérimental avant-après avec groupe témoin non équivalent. La mise en œuvre du programme a aussi été vérifiée. L'évaluation du programme a mené à des résultats statistiques peu concluants puisqu'un seul des objectifs poursuivis a été atteint. Plusieurs facteurs peuvent expliquer les effets modestes de l'intervention et sont abordés dans la discussion. Des recommandations pour une implantation future du programme y sont également proposées.

Remerciements

Quelle aventure! Ces deux années de maîtrise furent certes exigeantes, mais ô combien enrichissantes! C'est un défi que j'ai su relever avec rigueur, discipline et persévérance, mais aussi avec plaisir et passion. C'est une expérience qui m'a permis de grandir tant au plan personnel qu'au plan professionnel et c'est avec fierté et émotion que je termine ce rapport d'intervention. Je ne peux toutefois passer sous silence toutes les personnes qui ont su me soutenir dans les moments les plus heureux comme dans les moments les plus difficiles de ma maîtrise.

En premier lieu, je tiens à remercier mon accompagnateur de stage, Sylvain Picard, qui a su me faire confiance et qui a cru en moi dès mon arrivée au CLSC des Faubourgs. Un merci spécial à l'Équipe Itinérance qui m'a accueillie non seulement comme une stagiaire, mais comme une professionnelle compétente. Merci également à mon directeur de maîtrise, Serge Larivée. À chaque fois que je suis entrée dans votre bureau la mine basse, j'en suis ressortie le sourire aux lèvres et pleine d'espoir. Vous êtes drôle. Il n'y en a pas deux comme vous, ça, c'est certain!

Un énorme merci à mes parents qui n'ont jamais cessé de m'encourager à poursuivre mes études en psychoéducation. Merci pour le soutien moral et financier. C'est en grande partie grâce à vous si je suis une femme épanouie et heureuse aujourd'hui! Merci de m'avoir comprise, merci d'avoir respecté mes choix de vie. Je vous aime. Vous êtes les meilleurs. Merci à ma « one and only sister » Fanny pour ses mots d'encouragement et pour nos nombreux fous rires qui m'ont tellement aidée à décrocher ne serait-ce que quelques minutes! Merci à tous les membres de ma famille et de ma belle-famille de m'avoir toujours appréciée à ma juste valeur.

Merci à mes meilleurs amis, à mes « essentiels », Edith, Val et Phil. Merci pour votre écoute et surtout, merci de m'avoir soutenue dans les moments où j'en ai eu le plus besoin. Je sais qu'on ne se lâchera jamais!

Finalement, merci à mon chum Charles qui a su me supporter dans tous les sens du terme. Merci d'avoir enduré mes humeurs changeantes sans jamais me les reprocher. Merci de m'avoir rassurée sans même avoir à parler.

Table des matières

Sommaire.....	i
Remerciements.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures.....	v
 Introduction.....	 2
1. Contexte théorique.....	3
1.1. Description des problématiques et du domaine d'intervention choisi.....	3
La déficience intellectuelle (DI) : un facteur de risque de l'itinérance.....	3
L'itinérance.....	8
L'autodétermination : un facteur de protection présumé de l'itinérance.....	13
Chaîne prédictive.....	16
1.2. Interventions déjà expérimentées.....	17
Synthèse des connaissances sur l'intervention dans le domaine de l'autodétermination.....	17
Programmes existants dans le domaine de l'autodétermination ou autres domaines connexes.....	18
1.3. Intervention proposée.....	25
Place dans la chaîne prédictive.....	25
Justification du choix de l'intervention et de ses adaptations.....	26
Pertinence de l'intervention proposée.....	28
2. Méthodologie.....	29
2.1. Description du programme d'intervention selon les composantes de la structure d'ensemble.....	29
Participants (caractéristiques et recrutement).....	29
But et objectifs.....	31
Animatrice.....	32
Programme et contenu.....	32
Contexte spatial.....	33
Contexte temporel et dosage de l'intervention.....	33

Stratégies de gestion des apprentissages (moyens de mise en relation).....	34
Stratégies de gestion des comportements.....	35
Code et procédures (code de vie).....	35
Système de responsabilités.....	36
Stratégies de transfert et de généralisation.....	36
Système de reconnaissance.....	37
2.2. Évaluation de la mise en œuvre.....	37
Composantes retenues et procédure d'évaluation.....	37
2.3. Évaluation des effets.....	43
Protocole de recherche et procédure d'évaluation.....	43
Mesures pour l'évaluation des effets.....	44
3. Résultats.....	53
3.1.Évaluation de la mise en œuvre.....	53
Analyse des composantes de l'implantation et comparaison entre le prévu et le vécu.....	53
Évaluation formelle des autres composantes retenues.....	58
Jugement global sur la conformité.....	61
Implication eu égard à l'évaluation des effets.....	62
3.2. Évaluation des effets.....	63
Stratégies d'analyse employées.....	63
Résultats.....	65
4. Discussion.....	69
4.1. Jugement quant à l'atteinte des objectifs.....	69
4.2. Liens entre les résultats, les composantes de l'intervention et/ou le contexte théorique.....	71
4.3. Avantages et limites de l'intervention.....	72
Avantages.....	72
Limites.....	83
4.4. Pistes futures pour l'implantation du programme.....	81
Conclusion.....	84
Références.....	85
Annexes	

Liste des tableaux

Tableau 1: Description sommaire des quatre catégories de facteurs de risque de la DI selon l'AAMR.....	5
Tableau 2: Facteurs de risque de la DI selon leur catégorie et selon la période développemental à laquelle ils peuvent se manifester.....	6
Tableau 3: Facteurs de risque ontosystémiques de l'itinérance.....	11
Tableau 4: Facteurs de risque microsystemiques de l'itinérance.....	11
Tableau 5: Facteur de risque mésosystemique de l'itinérance.....	12
Tableau 6: Facteurs de risque exosystemiques de l'itinérance.....	12
Tableau 7: Facteurs de risque macrosystemiques de l'itinérance.....	12
Tableau 8: Programme cognitif-comportemental de réadaptation proposé par Boscoville 2000 : la démarche pour la résolution d'un problème, son apprentissage et son utilisation lors de rencontres individuelles et de groupe.....	19
Tableau 9: Steps to Self-Determination.....	20
Tableau 10: Life-Centered Career Education (LCCE): Modified curriculum for individuals with moderate disabilities.....	22
Tableau 11: The self-determined learning model of instruction: Engaging students to solve their learning problems.....	23
Tableau 12: Next S.T.E.P : Student Transition and Educational Planning.....	24
Tableau 13: Composantes retenues pour l'évaluation de la mise en œuvre.....	40
Tableau 14 : Composantes retenues pour l'évaluation des effets.....	47
Tableau 15 : Moyennes et écarts-types pour chaque objectif ciblé par l'intervention, pour le groupe expérimental et le groupe contrôle, au prétest et au post-test.....	66
Tableau 16 : Résultats aux ANCOVA et moyennes ajustées pour chaque objectif ciblé par l'intervention, pour le groupe expérimental et le groupe contrôle.....	66

Liste des figures

Figure 1 : Différence entre les résultats au prétest et au post-test des participants du groupe expérimental et de ceux du groupe contrôle pour la capacité à identifier un problème dans une situation donnée.....	69
---	----

Introduction

La présente étude évalue la mise en œuvre et les effets d'un programme d'intervention implanté auprès d'adultes à risque d'itinérance présentant une déficience intellectuelle. Les objectifs proximaux du programme ciblent l'acquisition de quatre différentes habiletés chez le participant, soit la connaissance de soi, la conscience de soi, la connaissance de ses préférences et la résolution de problèmes personnels et interpersonnels. L'acquisition de ces habiletés vise, à moyen terme, une augmentation du degré d'autodétermination du participant (objectif intermédiaire). L'objectif distal de l'intervention suppose que l'accroissement du degré d'autodétermination du participant aura une incidence favorable sur sa qualité de vie et qu'elle réduira le risque d'un retour vers l'itinérance. Pour constater ces effets à long terme, il faut des données longitudinales qui n'ont pu être obtenues dans le cadre de cette étude.

Dans un premier temps, le contexte théorique et la chaîne prédictive qui sous-tendent l'intervention sont exposés. Ensuite, une synthèse des programmes existants dans le domaine de la promotion de l'autodétermination ou d'autres domaines connexes est présentée. Par la suite, la pertinence de l'intervention proposée ainsi qu'une description complète de celle-ci sont présentées selon les dix composantes de l'intervention psychoéducative. Pour poursuivre, les procédures d'évaluation de la mise en œuvre et des effets du programme sont discutées. Finalement, les résultats obtenus suite à l'implantation de l'intervention ainsi qu'une interprétation de ces résultats sont présentés. Des recommandations pour une implantation future du programme sont aussi proposées. Il est souhaitable que les résultats obtenus dans le cadre de cette étude puissent mettre en évidence la pertinence des interventions visant le développement de l'autodétermination, particulièrement chez les personnes présentant une déficience intellectuelle, et qu'ils puissent fournir des pistes pour les études à venir dans ce domaine qui est encore en émergence.

**Dans le but d'alléger la lecture du texte, l'emploi du masculin est privilégié pour désigner à la fois les participants et les participantes.*

1. Contexte théorique

1.1. Description des problématiques et du domaine d'intervention choisi

La déficience intellectuelle (DI) : un facteur de risque de l'itinérance (Nooe & Patterson, 2010).

Définition de la problématique.

L'American Association on Mental Retardation (AAMR) (2002c) définit la DI comme une incapacité caractérisée par des limitations significatives au plan du fonctionnement intellectuel et adaptatif. Pour être diagnostiqué, le trouble doit débiter avant l'âge de 18 ans, généralement durant la petite enfance ou l'enfance (Dumas, 2007).

La trajectoire développementale, les manifestations ainsi que le pronostic de la DI varient considérablement d'une personne à l'autre, même chez des individus disposant d'un niveau intellectuel comparable. En effet, les différences individuelles ainsi que les caractéristiques du contexte social et culturel jouent un rôle prépondérant dans le fonctionnement et l'adaptation de chaque personne. De plus, comme l'intelligence est une entité de nature relativement stable sans pour autant être fixe, le niveau intellectuel d'une personne présentant une DI peut changer au cours de son développement.

Continuum de fonctionnement intellectuel et adaptatif.

Le niveau intellectuel d'un individu peut être mesuré à l'aide de tests de quotient intellectuel (QI). Même si QI et intelligence ne sont pas synonymes, les instruments d'évaluation couramment utilisés permettent d'obtenir une estimation fiable de l'intelligence d'un individu (Nettelbeck & Wilson, 2005). Habituellement, on situe le score seuil du fonctionnement intellectuel à deux écarts-types en dessous de la moyenne (American Association on Mental Retardation, 2002b), ce qui correspond à un QI de 70 sur des tests ayant une moyenne de 100 et un écart-type de 15 (Dumas, 2007). La DI comporte quatre degrés de sévérité tels que définis par le QI: (a) DI légère (QI de 50-55 à 70), (b) DI moyenne (QI de 35-40 à 50-55), (c) DI grave (QI de 20-25 à 35-40) et (d) DI profonde (QI inférieur à 20-25) (American Psychiatric Association, 2000). Lorsqu'il existe une forte présomption de retard mental chez une personne, mais que son intelligence ne peut être mesurée à l'aide de tests standardisés, on dit qu'elle a un retard mental avec sévérité non spécifiée (Dumas, 2007).

Pour établir qu'une personne présente une DI, il faut déceler des déficits concomitants ou des altérations dans son fonctionnement adaptatif dans au moins deux des secteurs suivants : (a) communication, (b) autonomie, (c) vie domestique, (d) aptitudes sociales et interpersonnelles, (e) mise à profit des ressources de l'environnement, (f) responsabilités individuelles, (g) utilisation des acquis scolaires, (h) travail, (i) loisirs, (j) santé et (k) sécurité (American Psychiatric Association, 2000). Le fonctionnement adaptatif d'un individu peut également être mesuré à l'aide de tests standardisés sur lesquels des limitations significatives sont définies opérationnellement par la performance qui doit être d'au moins deux écarts-types en dessous de la moyenne (American Association on Mental Retardation, 2002a).

Prévalence de la DI et différences selon le genre.

Suivant une distribution normale, la prévalence de la DI se situe entre deux et trois pour cent de la population générale lorsque ce concept est défini en termes de QI uniquement (Dumas, 2007). Toutefois, comme une faible proportion de cette population présente également des limitations significatives au plan du fonctionnement adaptatif, il est plus probable que la prévalence réelle de la DI soit de un à deux pour cent, surtout si l'on s'appuie sur des études de population plutôt que sur des échantillons cliniques (Larson, Lakin, Anderson, Kwak, Lee, & Anderson, 2001).

La DI touche davantage les garçons que les filles, les proportions respectives étant d'environ 1,6 garçon pour une fille (McLaren & Bryson, 1987). En effet, les garçons seraient plus vulnérables que les filles aux affections neurobiologiques et aux traumatismes subis lors de la grossesse et l'accouchement. Malgré certaines différences socioculturelles, la DI est un phénomène universel (Mises, Perron, & Salbreux, 1994).

Étiologie.

Dans la majorité des cas, il n'existe pas de cause unique à la DI (Tassé & Morin, 2003). Il peut arriver que celle-ci se résume à un facteur isolé tel un chromosome défectueux, mais plus souvent, cette condition résulte de facteurs multiples et variés. Dans près de 40 % des cas, la cause exacte de la DI demeure inconnue (McLaren & Bryson, 1987). De plus, pour certaines personnes, les causes peuvent se révéler surtout d'origine biologique tandis que pour d'autres, les causes sont plutôt liées à

des désavantages psychosociaux (Grossman, 1973). Néanmoins, les facteurs biologiques et environnementaux n'apportent pas deux contributions distinctes et exclusives au développement des caractéristiques individuelles. Ces facteurs complexes sont en constante interaction et sont souvent peu connus au moment de la conception.

Facteurs de risque et de protection.

Selon l'AAMR (2002d), il est possible de classifier les facteurs de risque de la DI en quatre catégories: (a) les facteurs biomédicaux, (b) les facteurs sociaux, (c) les facteurs comportementaux et (d) les facteurs éducationnels. Ces facteurs sont en interaction dans le temps, y compris au cours de la vie et d'une génération à l'autre. Comme le retard mental reflète très souvent le cumul et l'interaction des effets de plus d'un facteur de risque, l'AAMR propose une approche multifactorielle qui regroupe ces différents facteurs selon leur catégorie et selon la période développementale à laquelle ils peuvent se manifester. Ainsi, la période prénatale réfère au moment de la grossesse, la période périnatale est celle qui entoure immédiatement le moment de la naissance alors que la période postnatale est relative aux événements qui suivent immédiatement la naissance.

Le tableau 1 présente une brève description de chaque catégorie de facteurs de risque de la DI proposée par l'AAMR tandis que le tableau 2 recense les facteurs de risque de la DI selon leur catégorie et selon la période développementale à laquelle ils peuvent se manifester.

Tableau 1 : *Description sommaire des quatre catégories de facteurs de risque de la DI selon l'AAMR.*

Catégorie	Description
Facteurs biomédicaux	Facteurs de risque liés à des processus biologiques, tels des désordres génétiques ou nutritionnels.
Facteurs sociaux	Facteurs de risque liés aux interactions familiales et sociales.
Facteurs comportementaux	Facteurs de risque liés à des comportements pouvant potentiellement causer une DI.
Facteurs éducationnels	Facteurs de risque liés à la disponibilité du soutien éducationnel contribuant à promouvoir le développement intellectuel et le fonctionnement adaptatif d'un individu.

Tableau 2 : *Facteurs de risque de la DI selon leur catégorie et selon la période développementale à laquelle ils peuvent se manifester.*

Catégorie/ Période	Facteurs biomédicaux	Facteurs sociaux	Facteurs comportementaux	Facteurs Éducationnels
Prénatale	<ul style="list-style-type: none"> -Désordre chromosomique, génétique ou métabolique -Syndromes divers -Dégénération cérébrale -Maladie maternelle ou infection contractée par la mère -Âge maternel 	<ul style="list-style-type: none"> -Pauvreté familiale -Malnutrition maternelle -Manque d'accès à des soins prénataux 	<ul style="list-style-type: none"> -Usage de drogues et/ou d'alcool chez les parents -Usage de tabac chez les parents -Immaturité parentale -Violence conjugale 	<ul style="list-style-type: none"> -Déficits cognitifs ou DI chez les parents et manque de soutien à leur égard -Manque de préparation à la parentalité
Périnatale	<ul style="list-style-type: none"> -Prématurité -Blessure à la naissance, accouchement difficile -Désordre néonatal 	<ul style="list-style-type: none"> -Manque d'accès à des soins à la naissance 	<ul style="list-style-type: none"> -Rejet parental -Abandon de l'enfant par les parents 	<ul style="list-style-type: none"> -Manque de références médicales et/ou de services
Postnatale	<ul style="list-style-type: none"> -Traumatisme crânien, accident -Malnutrition -Méningo-encéphalite -Désordre dégénératif 	<ul style="list-style-type: none"> -Manque de soins parentaux -Pauvreté familiale -Maladie chronique dans la famille -Institutionnalisation -Soutien familial inadéquat -Faible réseau social 	<ul style="list-style-type: none"> -Négligence -Maltraitance -Violence conjugale -Mesures de sécurité inadéquates -Sous-stimulation -Difficultés de comportement chez l'enfant -Conflits parents-enfant chroniques 	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnostic tardif -Services préventifs ou spécialisés inadéquats -Soutien familial Inadéquat

En plus des éléments recensés dans le tableau 2, il existe d'autres facteurs de risque individuels et environnementaux pouvant augmenter la probabilité qu'un individu présente une DI. Le genre, la psychopathologie chez les parents, le stress maternel ainsi que la discrimination en sont quelques exemples (Dumas, 2007).

Selon Chapman, Scott et Mason (2002), l'âge plus avancé de la mère au moment de la grossesse est associé à une plus grande probabilité de DI chez son enfant. Les mêmes auteurs mentionnent également que les mères qui ont moins de 12 années de scolarité ont sept fois plus de risque d'avoir un enfant affecté par une DI que celles qui ont des études postsecondaires. L'éducation maternelle pourrait d'ailleurs être reliée à une meilleure connaissance des services d'intervention précoce pour les enfants nés à risque. Dans une autre étude, on confirme le lien significatif entre DI et pauvreté

(Emerson, 2007). Cette association est le fruit de deux processus distincts. D'une part, la pauvreté amène des incapacités intellectuelles en raison des risques environnementaux et psychologiques associés au fait de vivre dans cette condition. D'autre part, les familles appelées à soutenir un proche ayant une DI sont à risque de faire face à la pauvreté vu les coûts sociaux et financiers reliés à la prise en charge, surtout lorsque l'on considère que les personnes qui présentent une DI sont fréquemment exclues du marché du travail.

Les principaux facteurs de protection de la DI recensés dans la littérature sont : (a) la stimulation physique et sensorielle chez l'enfant, (b) un environnement sain lui procurant une sécurité physique et psychologique adéquate et excluant la violence et la négligence, (c) une nutrition adéquate, (d) faire partie d'un groupe socio-économique élevé, (e) avoir un faible niveau de stress dans son environnement familial, (f) avoir un réseau de soutien social positif, (g) avoir un attachement sécurisant aux premières figures d'attachement et (h) l'absence de séparations et de conflits conjugaux dans son environnement (Carr & O'Reilly, 2007).

Conséquences et troubles associés.

Tel que mentionné précédemment, la trajectoire développementale, les manifestations ainsi que le pronostic de la DI varient considérablement d'une personne à l'autre selon l'étiologie du trouble, le degré de sévérité des difficultés vécues et l'encadrement et le soutien procuré à la personne (Dumas, 2007). Les conséquences possibles sont diverses et se situent aux plans moteur, sensitif, cognitif, social et adaptatif (Carr & O'Reilly, 2007).

Les principaux troubles associés à la DI sont relatifs à des affections médicales ou somatiques (Dumas, 2007). Des troubles psychopathologiques ou certains symptômes de ceux-ci peuvent également être présents chez l'individu (p. ex. : immaturité, insensibilité sociale, passivité ou agitation extrême, troubles du comportement, troubles affectifs, etc.). On estime que les troubles associés sont de trois à quatre fois plus rapportés chez les personnes ayant un retard mental que dans la population générale.

L'itinérance.

Définition de la problématique.

Il existe plusieurs définitions de l'itinérance dans la littérature étant donné les multiples facettes de ce phénomène. Pour les auteurs du *Cadre de référence en itinérance au Québec* (Gouvernement du Québec, 2008), la personne itinérante est celle qui n'a pas d'adresse fixe ni de logement stable, sécuritaire et salubre, qui a un très faible revenu, qui a une accessibilité discriminatoire à son égard de la part des services publics, qui a des problèmes de santé mentale, de toxicomanie, de violence familiale ou de désorganisation sociale et qui est dépourvue de groupe d'appartenance stable. Dans cette perspective, l'itinérance doit être considérée comme une condition de vie (Bellot, 2003).

Il existe actuellement plusieurs modèles permettant d'expliquer en partie l'itinérance. De façon générale, on décrit le phénomène comme un processus d'exclusion, de rupture ou de fragilisation des liens sociaux (Bellot, 2000). Le processus d'exclusion est considéré comme une forme de désignation qui intervient dans les relations entre individus, notamment par la stigmatisation, l'étiquetage et l'établissement de rapports inégalitaires. On peut aussi parler de désaffiliation, concept qui se définit comme une situation qui marque un double décrochage chez la personne, soit par rapport au travail et à l'insertion relationnelle. L'exclusion et la désaffiliation témoignent de l'effritement des liens sociaux et permettent de comprendre comment des personnes n'ayant plus accès aux solidarités primaires telles que le travail et la famille se retrouvent fragilisées du point de vue social et identitaire. Ces processus poussent les individus, sans cesse confrontés à une image négative d'eux-mêmes, à s'inscrire dans des rôles sociaux qui leurs sont dévolus et à négocier leur identité et leur disqualification sociale. Évidemment, les processus d'exclusion et de désaffiliation sont progressifs et complexes. De plus, le phénomène de l'itinérance ne se limite pas seulement aux personnes sans domicile fixe; il concerne aussi les personnes à risque de s'engager dans de tels processus (Gouvernement du Québec, 2008). Bref, l'itinérance est un phénomène dynamique et collectif qui se traduit par une multiplication de ruptures et d'impasses propices à la dégradation des liens sociaux et dont l'aboutissement est la rue.

Les types d'itinérance.

L'itinérance est un phénomène qui se manifeste sur un continuum temporel (Nooe & Patterson, 2010). Il existe trois types d'itinérance déterminés par la durée et la fréquence des périodes passées dans la rue (Gouvernement du Québec, 2008). Le premier type est l'itinérance situationnelle qui fait référence aux circonstances des personnes qui se retrouvent sans logement de façon momentanée. Celles-ci sont les moins visibles et parviennent éventuellement à se reloger et à établir de nouveaux contacts sociaux. L'itinérance cyclique fait référence à la situation des personnes qui vont et viennent entre un logement et la rue. Finalement, les personnes qui vivent en situation d'itinérance chronique n'ont pas connu de logement depuis longtemps. Elles sont les plus visibles et les plus vulnérables.

Prévalence de l'itinérance à Montréal.

Le dénombrement des personnes en situation d'itinérance constitue une tâche complexe compte tenu des difficultés méthodologiques liées à l'absence de consensus pour établir une définition du phénomène et étant donné la mobilité des individus et l'absence de domicile fixe chez ceux-ci (Gouvernement du Québec, 2008). On note cependant une augmentation des personnes sans-abri à Montréal ces dernières années. Lors du dernier recensement, on comptait 28 214 personnes ayant fréquenté un centre d'hébergement, une soupe populaire ou un centre de jour dans la région de Montréal-Centre (Chevalier & Fournier, 1998). De ce nombre, 12 666 individus avaient été sans domicile fixe au cours de l'année précédente.

Prévalence de la DI chez les personnes itinérantes.

Selon une étude réalisée auprès de 49 adultes en situation d'itinérance vivant au nord-est de l'Angleterre, les personnes qui font face à cette condition de vie ont significativement plus de risque de présenter une DI que dans la population générale (Oakes & Davies, 2008). Dans cette étude, 12% des participants avaient un diagnostic de retard mental.

Caractéristiques des personnes itinérantes ayant une DI.

Le nombre d'individus qui présentent une DI dans le milieu de l'itinérance augmente dans la population (Protecteur du citoyen, 2008). Ceux-ci sont parmi les plus vulnérables étant donné leur isolement social, leur manque d'accès à des ressources spécialisées et leur dépendance à autrui pour combler leurs besoins de base. Ces personnes sont à risque de différentes formes d'exploitation (p. ex. : financière, physique et sexuelle) en raison de leur difficulté à s'affirmer et de leurs limites aux plans du jugement, de l'autonomie et des habiletés sociales. Plus spécifiquement, les personnes ayant une DI accusent des retards significatifs au plan du développement de leur autonomie fonctionnelle au quotidien (p. ex. : hygiène personnelle, préparation des repas, déplacement en transports collectifs, etc.) (Mercier & Picard, 2011). Elles éprouvent également de grandes difficultés à lire, à écrire et à compter. De plus, ces personnes ont de la difficulté à structurer leur discours. Elles ont tendance à l'imitation, qui se manifeste par l'utilisation de réponses stéréotypées ou par la répétition d'un discours entendu (Juhel, 1997). Elles peuvent aussi posséder un vocabulaire limité, immature (McLean & McLean, 1994) ou déformé (Juhel, 1997), avoir une capacité limitée d'abstraction ainsi qu'une propension à raisonner en fonction de réalités concrètes (Guillemette & Boisvert, 2003). Les personnes présentant une DI ont aussi une compréhension limitée des mots, des symboles abstraits et de toute forme de mesure, qu'il soit question de quantité ou de fréquence (Sigelman, 1983). Leurs réponses à des questions ou leur participation à une conversation peuvent être caractérisées par la brièveté temporelle (Flynn, 1986) ou par un délai silencieux plus ou moins long appelé «latence» (Juhel, 1997). De plus, ces personnes peuvent présenter des difficultés de perception du temps. Les personnes ayant une DI peuvent avoir des difficultés avec la mémorisation et ont une faible capacité d'introspection et d'attention (Lessard, 1993). Elles disposent généralement d'une orientation plutôt extrinsèque de la motivation (Haywood & Switzky, 1986), ont moins de ressources leur permettant de faire face à des événements de vie anxiogènes de façon efficace et ont moins d'habiletés cognitives leur permettant de résoudre des problèmes et de planifier (Van den Hout, Arntz, & Merckelbach, 2000). Les personnes qui ont une DI peuvent également avoir une faible estime de soi ainsi qu'un système inadapté d'attribution des échecs et des erreurs qui est souvent le premier obstacle aux apprentissages (Gascon, 1998).

Facteurs de risque et de protection.

L'aboutissement à l'itinérance résulte d'une combinaison de facteurs qui s'inscrivent dans la trajectoire de vie d'une personne (Koegel, Melamid, & Burnam, 1995). Il est donc préférable d'opter pour une approche intégrative lorsque l'on cherche à comprendre ce phénomène. Aucun facteur de risque ne prévaut sur l'autre et certains facteurs peuvent à la fois être les déclencheurs ou les conséquences d'un mode de vie d'itinérance (Gouvernement du Québec, 2008). Les tableaux 3 à 7 présentent les facteurs de risque de l'itinérance tirés principalement de l'étude de Nooe et Patterson (2010) (sauf si une autre référence est spécifiée). Les facteurs de risque ont été articulés selon le *Modèle écologique du développement humain* de Bronfenbrenner (1979) pour les périodes de l'enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte.

Tableau 3 : *Facteurs de risque ontosystémiques de l'itinérance.*

Enfance et adolescence	<ul style="list-style-type: none"> -Genre -Ethnicité -Déficience intellectuelle -Problèmes de comportement/délinquance -Abus de substances, faible estime de soi (Van den Bree, Shelton, Bonner, Moss, Thomas, Taylor, 2009)
Âge adulte	<ul style="list-style-type: none"> -Déficits au plan des habiletés sociales -Problème de santé mentale ou physique -Faible niveau de scolarisation -Toxicomanie -Criminalité/problèmes judiciaires -Problème de jeu pathologique -Traumatismes dans l'histoire de vie, deuils -Perte d'autonomie, pertes cognitives liées au vieillissement, syndrome de Korsakoff (Protecteur du citoyen, 2008) -Service militaire/vétérant

Tableau 4 : *Facteurs de risque microsystémiques de l'itinérance.*

Enfance et adolescence	<ul style="list-style-type: none"> -Dysfonctionnement familial : conflits familiaux, inceste, maltraitance (abus sexuel, abus physique, abus psychologique, négligence) -Désaffiliation familiale -Vulnérabilité des parents: psychopathologie parentale, toxicomanie chez les parents (Canton, Dominguez, Schanzer, Hasin, Shrout, Felix, McQuistion, Opler, & Hsu, 2005) -Histoire d'instabilité résidentielle: placements extrafamiliaux répétés, être chassé du domicile familial, fugues, déménagements fréquents, itinérance à l'enfance et/ou à l'adolescence -Pauvreté familiale, stress familial et criminalité chez les parents (Koegel et al., 1995)
-------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> -Adoption -Rupture familiale ou amoureuse -Expériences de victimisation (Van den Bree et al., 2009) -Retards scolaires, décrochage scolaire ou expulsion de l'école
Âge adulte	<ul style="list-style-type: none"> -Faible soutien social -Violence conjugale (prépondérance chez les femmes) -Réseau social limité ou de piètre qualité, isolement social -Divorce problématique -Perte d'emploi ou instabilité d'emploi -Désaffiliation sociale -Sortie d'une institution et absence de suivi par la suite

Tableau 5 : *Facteur de risque mésosystémique de l'itinérance.*

Enfance et adolescence	-Adversité dans le voisinage (Van den Bree et al., 2009)
-------------------------------	--

Tableau 6 : *Facteurs de risque exosystémiques de l'itinérance.*

<ul style="list-style-type: none"> -Faible statut socio-économique, pauvreté/précarité financière -Conditions sociales, politiques et économiques telles les réformes dans les politiques sociales, la judiciarisation, la désinstitutionnalisation, la transformation du tissu urbain, la crise du logement, la revitalisation des centres-villes (pénurie de logements sociaux à prix abordables) et la précarité d'emploi -Difficultés d'accès à certains programmes sociaux en matière de soutien au revenu et à l'emploi -Coûts des soins de santé -Investissements gouvernementaux insuffisants
--

Tableau 7 : *Facteurs de risque macrosystémiques de l'itinérance.*

<ul style="list-style-type: none"> -Discrimination -Marginalisation -Exclusion sociale -Modification des modèles familiaux
--

De façon plus spécifique, la littérature est unanime à reconnaître qu'un historique de violence durant l'enfance est un facteur prédisposant à l'itinérance (Bruneau, 1999, mai). Les histoires d'abus et de placements durant l'enfance sont également associées au fait de se retrouver un jour ou l'autre sans domicile fixe, de même qu'à la durée des périodes d'itinérance. De plus, la violence conjugale est considérée comme le facteur de risque le plus susceptible de conduire les femmes vers la rue.

Jusqu'à présent, il existe peu de facteurs de protection connus de l'itinérance. Dans l'étude de Canton et ses collègues (2005), on mentionne principalement le fait d'avoir (a) de bonnes capacités

d'ajustements psychosociaux, (b) un emploi actuel ou récent, (c) un revenu adéquat, (d) un soutien familial adéquat, (e) une absence de problèmes de toxicomanie et d'historique d'arrestation et (f) des stratégies de *coping* efficaces. Finalement, le fait d'avoir un réseau social soutenant et d'être marié protège un individu de l'itinérance (Nooe & Patterson, 2010).

Conséquences et troubles associés.

Les conséquences de l'itinérance ont non seulement un effet sur les individus vivant dans cette condition, mais également sur la société en général (Gouvernement du Québec, 2008). Notons, à titre d'exemple, les craintes chez les citoyens, l'intolérance et les préjugés qui à leur tour entraînent l'exclusion sociale et la marginalisation des sans-abri. On parle également de sécurité publique restreinte, de mendicité, de crimes envers la propriété et de prostitution (Nooe & Patterson, 2010). Au plan individuel, la détresse psychologique, les tentatives de suicide, les violences subies dans la rue et l'incapacité à subvenir à ses besoins de base sont d'autres exemples de conséquences fréquentes de l'itinérance (Poirier, Hachey, & Lecomte, 2000).

Il existe quatre types de troubles associés à l'itinérance, soit ceux qui sont liés à la santé mentale ou à la santé physique (p.ex. : carences nutritives, infections transmises sexuellement et par le sang, hypothermie, problèmes respiratoires) (Gouvernement du Québec, 2008). Les deux autres types de problèmes associés à l'itinérance ont trait à la dépendance (p.ex. : drogue, jeu) et à la judiciarisation.

L'autodétermination : un facteur de protection présumé de l'itinérance.

Définition du concept.

Historiquement, le concept d'autodétermination relève du domaine politique et réfère au droit de toute nation à s'autogouverner (Simpson & Weiner, 1989). Dans le domaine de la DI, la notion d'autodétermination a été empruntée par Nirje (1972) dans le cadre de ses travaux sur le principe de normalisation. Cet auteur conçoit l'autodétermination comme un droit inhérent à tout être humain d'être traité avec respect, d'avoir de la dignité et de faire des choix. L'idée d'autodétermination est également une résultante des travaux de Wolfensberger (1983) sur la valorisation des rôles sociaux ainsi que du mouvement social de désinstitutionnalisation des années 70.

Dans le cadre de ce projet, la notion d'autodétermination réfère aux habiletés et aux attitudes requises chez une personne lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes imposés (Wehmeyer & Sands, 1996). Le terme « imposés » met l'accent sur les aspects plus subjectifs et contextuels de l'autodétermination, dans la mesure où ce qui peut être perçu comme un niveau convenable d'influence pour un individu peut paraître inacceptable pour un autre. Le concept d'agent causal est également un élément central de cette perspective théorique. En effet, ce concept stipule que c'est la personne en soi qui détermine ou cause ce qui lui arrive dans sa vie. Au-delà d'une capacité, l'autodétermination est aussi un besoin (Deci & Ryan, 1985). De plus, tout comportement peut être considéré comme autodéterminé, même l'acte de ne pas s'engager dans un comportement (Bambara, Cole, & Koger, 1998).

La notion d'autodétermination peut parfois être confondue avec celle d'*empowerment* puisque les deux concepts ont des aspects en commun. Toutefois, on considère que c'est l'autodétermination qui constitue une forme d'*empowerment* plutôt que l'inverse (Kennedy, 1996).

Le modèle fonctionnel de l'autodétermination (Wehmeyer, 2003).

Un comportement est autodéterminé seulement s'il reflète les quatre caractéristiques essentielles suivantes :

- (a) L'autonomie comportementale: la personne agit en accord avec ses intérêts, ses préférences et ses aptitudes, fait des choix et entreprend des actions en conséquence.
- (b) L'autorégulation: il s'agit d'un système complexe permettant à l'individu d'analyser son environnement et ses répertoires de réponses pour faire face à différentes situations, pour prendre des décisions quant à ce qu'il doit faire, pour passer à l'action, pour évaluer les conséquences de ses actions et pour réviser ses positions s'il y a lieu. Pour se faire, il doit avoir recours au modelage, à des stratégies d'autogestion et de résolution de problèmes, à des comportements de prise de décision et doit avoir la capacité de se fixer des buts et de les atteindre.

(c) L'*empowerment* psychologique: réfère aux dimensions de la perception de contrôle, soit (a) le sentiment d'efficacité personnelle, (b) le lieu de contrôle interne et (c) la motivation. Les personnes qui agissent avec *empowerment* psychologique le font sur la base de la croyance qu'elles exercent un contrôle sur les événements de leur vie, qu'elles possèdent les habiletés nécessaires à l'accomplissement d'une tâche et qu'elles peuvent anticiper les conséquences de leurs actions.

(d) L'autoréalisation: la personne apprend à tirer profit de la connaissance de ses forces et de ses faiblesses afin de maximiser son potentiel et son développement personnel.

Les quatre caractéristiques essentielles décrites précédemment doivent être présentes à un certain degré, chacune étant nécessaire, mais non suffisante à la manifestation d'un comportement autodéterminé.

L'acquisition d'habiletés sous-jacentes aux quatre caractéristiques essentielles est nécessaire au développement de l'autodétermination chez un individu. Chaque habileté peut être acquise par différentes expériences d'apprentissage tout au long de la vie (Wehmeyer & Sands, 1996). Bien que cette liste ne soit pas exhaustive, voici les habiletés les plus couramment mentionnées dans la littérature qui permettent de soutenir le développement de l'autodétermination chez une personne : (a) faire des choix, (b) prendre des décisions, (c) résoudre des problèmes, (d) se fixer des buts et les atteindre, (e) s'observer, s'auto-évaluer et s'auto-renforcer, (f) développer son lieu de contrôle interne, (g) développer son sentiment d'efficacité personnelle, (h) développer sa capacité à anticiper les résultats positifs de ses actions, (i) développer sa conscience de soi et sa connaissance de soi, (j) développer la connaissance de ses préférences, (k) promouvoir et défendre ses droits et (l) utiliser l'auto-instruction.

En résumé, le *Modèle fonctionnel de l'autodétermination* (Wehmeyer, 2003) suggère trois facteurs primaires qui ont une incidence sur le degré d'autodétermination d'une personne : (a) la présence d'habiletés individuelles dont l'acquisition est influencée par différentes situations d'apprentissage, (b) les occasions offertes par l'environnement ainsi que par les expériences de vie de la personne et (c) le soutien des individus présents dans l'entourage de la personne. Dans ce modèle, l'interaction entre ces trois facteurs entraîne un degré d'autodétermination propre à chaque personne et qui varie en fonction du temps et de l'environnement. Plus spécifiquement, l'environnement joue un rôle

prépondérant dans le développement de l'autodétermination chez un individu. En effet, les occasions et la perception de possibilités pour faire des choix dans l'environnement d'une personne prédisent davantage son degré d'autodétermination que son quotient intellectuel (Wehmeyer & Garner, 2003).

Un projet de recherche national (Wehmeyer, 1995) a été réalisé afin de vérifier empiriquement les bases théoriques du *Modèle fonctionnel de l'autodétermination* à l'aide d'entrevues structurées et de mesures auto-rapportées. Plus de 400 individus présentant une DI ont participé à ce projet, ce qui a permis de vérifier la contribution relative de chaque caractéristique essentielle au comportement autodéterminé. L'étude conclut que chaque caractéristique prédit l'autodétermination, plus particulièrement l'autonomie comportementale et l'autorégulation.

L'autodétermination peut-elle être enseignée et apprise?

Puisque l'autodétermination se déploie tout au long de la vie, enfants, adolescents et adultes peuvent développer des habiletés et des attitudes leur permettant de devenir des agents causaux dans leur vie (Wehmeyer & Sands, 1996). Les habiletés précédemment nommées peuvent donc être apprises en tout temps (Haelewyck, 2001) et peuvent également être généralisées dans divers contextes (Malian & Nevin, 2002). Plus spécifiquement, les personnes présentant une DI peuvent devenir plus autodéterminées si on leur donne un soutien adéquat et adapté à leurs besoins (Haelewyck, 2001).

Chaîne prédictive.

La chaîne prédictive qui sous-tend l'intervention choisie dans le cadre de ce projet (voir annexe I) s'inspire du *Modèle écologique du développement humain* de Bronfenbrenner (1979) et recense les principaux facteurs de risque de l'itinérance pouvant se manifester au cours des trois périodes charnières de la vie, soit l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. Elle résume également ceux de la DI, qui s'avère en soi un facteur de risque important de l'itinérance (Nooe & Patterson, 2010). Les facteurs de protection de ces deux problématiques sont aussi exposés dans la chaîne prédictive et les cibles d'intervention de ce projet y sont mises en valeur.

1.2. Interventions déjà expérimentées

Synthèse des connaissances sur l'intervention dans le domaine de l'autodétermination.

Les programmes d'intervention visant le développement de l'autodétermination chez des individus de tous âges présentant des difficultés diverses ne font pas toujours référence à ce concept en particulier (Karvonen, Test, Wood, Browder, & Algozzine, 2004). En effet, la promotion de l'autodétermination se réalise souvent par l'entremise d'activités ou de programmes d'intervention qui visent l'apprentissage et le développement d'habiletés sous-jacentes à l'autodétermination. Selon une méta-analyse (Algozzine, Browder, Karvonen, Test, & Wood, 2001) de 51 études portant sur les effets d'interventions visant la promotion de l'autodétermination chez des individus présentant des limitations diverses, les habiletés les plus souvent travaillées sont celles qui sont relatives à (a) la prise de décisions, (b) la résolution de problèmes, (c) l'auto-observation, l'auto-évaluation et l'auto-renforcement, (d) la capacité de se fixer des buts et les atteindre, (e) la capacité de promouvoir ses droits et (f) la capacité de faire des choix. Le concept d'autodétermination a surtout été étudié dans le domaine de la DI et des troubles envahissants du développement (Kennedy, 1996). Il existe une solide preuve appuyant le fait que les individus qui ont une DI légère peuvent apprendre à faire des choix, à résoudre des problèmes et à exprimer leurs préférences et leurs intérêts. Toutefois, la preuve est moins concluante en ce qui concerne leur capacité à faire valoir leurs droits. Les modalités d'intervention les plus souvent utilisées pour promouvoir l'autodétermination sont (a) l'information, (b) la discussion, (c) le modelage, (d) la planification et (e) les jeux de rôle. Afin d'appuyer le développement des habiletés, on utilise, en outre, l'approche centrée sur la personne ainsi que l'approche comportementale ou cognitive-comportementale. Les habiletés peuvent être enseignées en groupe ou de façon individuelle (Karvonen et al., 2004).

Les programmes qui ciblent spécifiquement le concept d'autodétermination sont, dans la majorité des cas, implantés en milieu scolaire auprès d'adolescents avec ou sans limitations (Eisenman & Chamberlin, 2001). Ces programmes visent généralement une mise en œuvre et une application plus efficace du plan d'intervention de l'élève ainsi que la transition de celui-ci entre l'école secondaire et la vie adulte. Certaines interventions sont également implantées auprès de jeunes adultes avec ou sans limitations (Algozzine et al., 2001). La plupart des programmes d'intervention portant exclusivement sur le développement de l'autodétermination n'ont pas été évalués, ce qui constitue

une limite importante de la recherche dans ce domaine. De plus, la plupart des études ont été réalisées sans la présence d'un groupe contrôle et il est rare que l'impact des interventions sur les participants soit documenté dans la littérature, particulièrement en ce qui concerne les études effectuées en milieu scolaire. Selon une recension de programmes visant la promotion de l'autodétermination (Zhang, 2001), 19 programmes sur 35 n'ont pas fait l'objet d'une évaluation et 12 études mentionnent qu'il y a eu évaluation du programme sur le terrain, sans qu'il n'y ait de résultats concrets. Parmi les 35 programmes recensés, seuls quatre ont été évalués en contexte réel et seulement une étude a utilisé un protocole quasi-expérimental avant-après avec groupe contrôle non équivalent.

Programmes existants dans le domaine de l'autodétermination ou autres domaines connexes.

Tel que mentionné précédemment, la plupart des interventions visant le développement de l'autodétermination s'appuient sur des programmes qui ciblent l'acquisition d'habiletés sous-jacentes à ce concept. Il existe tout de même des programmes qui portent précisément sur la promotion de l'autodétermination, mais ceux-ci n'ont pas tous été évalués. Dans le cadre de la présente étude, la recherche de programmes s'est donc faite dans ce contexte (voir les tableaux 8 à 12).

Tableau 8 : *Programme cognitif-comportemental de réadaptation* proposé par Boscoville 2000 : la démarche pour la résolution d'un problème, son apprentissage et son utilisation lors de rencontres individuelles et de groupe.

Description du programme					
Auteurs du programme	Nom du programme	Type d'intervention (universelle ou ciblée)	Modalités d'intervention		
Le Blanc et Trudeau Le Blanc (2009)	<i>Programme cognitif-comportemental de réadaptation</i> proposé par Boscoville 2000: <i>la démarche pour la résolution d'un problème, son apprentissage et son utilisation lors de rencontres individuelles et de groupe.</i>	Intervention ciblée pour les adolescents délinquants ou ayant des troubles graves du comportement.	<p>Apprentissage de la démarche pour la résolution d'un problème à laquelle s'ajoute l'apprentissage d'habiletés pour la planification d'une action.</p> <p>Stratégies de gestion des apprentissages: connaissance et appropriation par les animateurs de l'approche cognitive-comportementale et du guide d'animation, production et affichage des étapes pour la résolution d'un problème et des habiletés pour la planification d'une action sur des cartons plastifiés dans l'environnement éducatif, sensibilisation des adolescents à l'activité, modelage, grille pour la résolution d'un problème, exercices à faire entre les séances, jeux de rôle (emploi de situations du vécu éducatif partagé), discussions, stratégies de renforcement, journal de bord sur les problèmes rencontrés par les adolescents et autres documents placés en appendice du guide d'animation.</p>		
Évaluation du programme					
Auteurs de l'évaluation	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux (relance)
Lanctôt (2010) L'étude porte sur les effets du programme cognitif-comportemental proposé par Le Blanc, Dionne, Proulx,	Adolescentes hébergées en centres jeunesse et ayant des difficultés de comportement. L'étude s'est déroulée dans les unités	Trois mois.	Quasi-expérimental avant-après avec groupe contrôle non équivalent. 107 adolescentes dans le groupe	Les résultats suggèrent un positionnement en faveur de l'application d'un programme de type cognitif-comportemental auprès d'adolescentes en difficulté.	Relances prévues trois mois, neuf mois et quinze mois après la fin du programme. Résultats non disponibles pour les deux dernières relances.

Grégoire et Trudeau-Le Blanc (1998) (programme en entier).	d'hébergement de deux centres jeunesse.		expérimental et 77 adolescentes dans le groupe contrôle.	<p>Trois mois après le début du programme, les adolescentes qui ont été exposées à l'intervention éprouvent moins de difficultés de comportement que les adolescentes du groupe contrôle.</p> <p>La moitié des effets observés atteignent des seuils cliniques significatifs, surtout lorsque le degré de participation au programme est élevé. Deux autres effets témoignent d'une amorce de changement.</p>	
--	---	--	--	---	--

Tableau 9: *Steps to Self-Determination.*

Auteurs du programme	Nom du programme	Description du programme	
		Type d'intervention (universelle ou ciblée)	Modalités d'intervention
Field et Hoffman (1996)	<i>Steps to Self-Determination.</i>	Intervention universelle destinée aux élèves du secondaire avec ou sans limitations qui s'approchent d'une transition entre l'école secondaire et la vie adulte.	<p>Le but du programme est d'aider les élèves à développer les connaissances, les croyances et les habiletés dont ils ont besoin pour devenir plus autodéterminés. Le programme vise aussi à favoriser la transition des élèves entre l'école secondaire et la vie adulte. Les élèves travaillent donc sur des buts en même temps qu'ils développent des connaissances, des croyances et des habiletés reliées à l'autodétermination.</p> <p>Les dix «pierres angulaires» du programme (stratégies de gestion des apprentissages) : (a) modelage, (b) apprentissage coopératif, (c) emphase sur l'importance de l'écoute, (d) utilisation de l'humour, (e) utilisation de moments</p>

			spécifiques pour apprendre, (f) enseignements réalisés en équipe chez les enseignants, (g) apprentissage expérientiel, (h) apprentissage inclusif (tous peuvent participer au programme), (i) valorisation de la participation et du soutien de la famille et des amis de l'élève, (j) enseignants agissent comme s'ils étaient eux aussi des participants (« co-learners »).		
			Un manuel dans lequel le participant peut inscrire ses diverses expériences au cours du programme est aussi disponible.		
Évaluation du programme					
Auteurs de l'évaluation	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis/ protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux (relance)
Hoffman et Field (1995)	<p>Le programme a été expérimenté dans deux écoles secondaires américaines de statuts socio-économiques différents.</p> <p>77 élèves ont complété le programme (42 garçons et 35 filles âgés entre 15 et 25 ans et ayant des limitations diverses).</p>	<p>Une séance d'orientation de 55 minutes.</p> <p>Un atelier de six heures sur les deux premières composantes du modèle.</p> <p>16 séances d'environ 55 minutes chacune.</p>	<p>Devis quasi-expérimental avant-après avec groupe contrôle non équivalent.</p> <p>Les participants ont été évalués à l'aide de tests permettant de mesurer les domaines cognitifs, comportementaux et affectifs de l'autodétermination selon le modèle de Field et Hoffman (1996).</p>	<p>Résultats prometteurs. Il a été démontré que les élèves du secondaire peuvent apprendre des concepts et des habiletés reliés à l'autodétermination et les appliquer dans leur vie quotidienne. On a remarqué une augmentation des réponses adéquates sur une échelle de connaissance de l'autodétermination chez les élèves du groupe expérimental. Ces élèves ont aussi démontré une augmentation significative de leurs comportements associés à l'autodétermination.</p>	-----

Tableau 10: *Life-Centered Career Education (LCCE): Modified curriculum for individuals with moderate disabilities.*

Description du programme					
Auteurs du programme	Nom du programme	Type d'intervention (universelle ou ciblée)	Modalités d'intervention		
Loyd et Brolin (1997)	<p><i>Life-Centered Career Education (LCCE): Modified curriculum for individuals with moderate disabilities.</i></p> <p>Basé sur la cinquième édition du programme original: <i>Life-Centered Career Education: A competency based approach</i> (Brolin, 1997).</p>	Intervention ciblée pour les élèves du secondaire qui évoluent dans des milieux d'apprentissage et qui ont des limitations modérées.	<p>Le programme vise l'acquisition d'habiletés dont les personnes qui ont des limitations modérées ont besoin pour faire une transition réussie entre l'école et la vie en communauté. Les activités ont été conçues pour favoriser l'acquisition et l'utilisation d'habiletés nécessaires pour réussir à l'école, à la maison, dans la communauté et au travail.</p> <p>Le programme se concentre sur trois domaines de compétences, soit (a) les habiletés nécessaires à la vie quotidienne, (b) les habiletés sociales et personnelles et (c) les habiletés occupationnelles.</p> <p>Stratégies de gestion des apprentissages: jeux de rôle, discussions, activités diverses selon les compétences et sous compétences à acquérir, application des habiletés dans la réalité.</p>		
Évaluation du programme					
Auteurs de l'évaluation	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux (relance)
Loyd, Roessler et Brolin (1989)	Le programme a été implanté et évalué dans des écoles secondaires de six États américains et auprès d'élèves ayant une DI ou des difficultés d'apprentissage.	Quatre ans.	Devis préexpérimental avant-après à groupe unique.	Résultats non disponibles.	Relance prévue durant l'été suivant chaque année d'implantation du projet.
Implantation et évaluation du programme réalisées pour la première édition du <i>Life Centered Career Education Curriculum</i> .	Le but de l'étude était de déterminer les stratégies efficaces pour implanter le programme dans		Mesures prises chez les participants avec le <i>Life-Centered Career Education Inventory</i> (Bucher & Brolin, 1987) pour vérifier si les habiletés et		Résultats non disponibles.

	des écoles d'autres régions, de déterminer si le programme amène des finalités positives et s'il favorise la réussite des participants à l'âge adulte.		les connaissances visées ont été acquises. Post-test après la graduation des élèves.		
--	--	--	--	--	--

Tableau 11: *The self-determined learning model of instruction: Engaging students to solve their learning problems.*

Description du programme					
Auteurs du programme	Nom du programme	Type d'intervention (universelle ou ciblée)	Modalités d'intervention		
Mithaug, Wehmeyer, Agran, Martin et Palmer (1998)	<i>The self-determined learning model of instruction: Engaging students to solve their learning problems.</i>	Intervention universelle pour les élèves du secondaire avec ou sans limitations.	Le modèle permet aux enseignants de faire participer les élèves à la totalité de leur programme éducatif en augmentant les occasions d'apprentissage autodirigé et les chances que les élèves vivent du succès après leur départ de l'école. Le modèle permet aussi aux enseignants d'apprendre aux élèves à employer des stratégies de résolution de problèmes pour atteindre leurs buts. Stratégies de gestion des apprentissages : encouragements permanents de la part de l'enseignant, auto-instruction, auto-évaluation, auto-renforcement et fixation de buts.		
Évaluation du programme					
Auteurs de l'évaluation	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis/ protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux. (relance)
Wehmeyer, Palmer, Agran, Mithaug et Martin (2000)	21 enseignants d'écoles secondaires situées dans deux États américains. Les enseignants sont responsables d'adolescents recevant des services spécialisés à l'école.	Non mentionnée.	Devis préexpérimental avant-après à groupe unique. Utilisation du <i>Goal Attainment Scale</i> (GAS) (Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994) pour mesurer l'atteinte des buts des élèves et pour évaluer l'efficacité	Le modèle s'avère valide et efficace. Les élèves sont devenus plus autodéterminés suite à l'intervention et leur perception de contrôle a aussi augmentée.	-----

	<p>40 élèves dont 13 ont un retard mental, 17 ont des difficultés d'apprentissage et 10 présentent un désordre comportemental ou émotionnel.</p> <p>On cherche à évaluer l'efficacité du modèle et à vérifier s'il permet aux enseignants d'apprendre aux élèves des habiletés pertinentes pour leur éducation ainsi que pour promouvoir leur autodétermination.</p>		<p>du programme.</p> <p>Pour vérifier à quel point le modèle peut promouvoir l'autodétermination, on a utilisé trois mesures avant et après le programme, soit (a) <i>The Arc's Self-Determination Scale</i> (Wehmeyer & Kelchner, 1995a), (b) <i>The Adult Version of the Nowicki-Strickland Internal-External Scale</i> (Nowicki & Duke, 1974) et (c) un questionnaire adapté du <i>American Institutes for Research (AIR) Self-Determination Scale</i> (Wolman, Campeau, Dubois, Mithaug, & Stolarski, 1994).</p>	<p>Les élèves ont appris à résoudre des problèmes, à se fixer des buts et à les atteindre. Ils sont plus au courant de leurs intérêts, de leurs préférences, de leurs capacités et de leurs limites et font davantage preuve d'autorégulation au plan comportemental. Le modèle est bon pour des élèves qui présentent des limitations variées (modèle flexible) et les aide à s'investir davantage dans leur programme éducatif.</p>	
--	--	--	--	---	--

Tableau 12: *Next S.T.E.P. : Student Transition and Educational Planning.*

Description du programme			
Auteurs du programme	Nom du programme	Type d'intervention (universelle ou ciblée)	Modalités d'intervention
Halpern, Herr, Wolf, Doren, Johnson et Lawson (1997)	Next S.T.E.P.: <i>Student Transition and Educational Planning.</i>	Intervention universelle pour les élèves du secondaire âgés entre 14 et 21 ans avec ou sans limitations.	<p>Le but du programme est d'enseigner aux adolescents et aux jeunes adultes les habiletés dont ils ont besoin pour participer à la planification autodirigée de leur transition entre l'école secondaire et la vie adulte.</p> <p>Stratégies de gestion des apprentissages: démonstrations par l'enseignant, démonstrations par l'élève, activités diverses liées aux habiletés à apprendre, préparation et participation à la réunion de planification de la transition, manuel de l'enseignant, manuel de l'élève, vidéo instructif et divertissant comportant des vignettes</p>

			pour motiver les élèves.		
Évaluation du programme					
Auteurs de l'évaluation	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis/ Protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux. (Relance)
Zhang (2001)	<p>71 élèves (52 garçons et 19 filles) âgés entre 14 et 19 ans et ayant des difficultés d'apprentissage.</p> <p>Tous les élèves sont dans des classes normales, mais passent de courtes périodes en classe-ressource.</p> <p>Les enseignants des élèves ont participé à l'étude.</p> <p>L'étude s'est déroulée en classe-ressource.</p>	19 séances d'environ 50 minutes chacune.	<p>Protocole quasi-expérimental avant-après avec groupe contrôle non équivalent.</p> <p>Instrument de mesure utilisé : <i>The Arc's Self-Determination Scale</i> (version pour adolescents) (Wehmeyer & Kelchner, 1995b).</p>	<p>Amélioration au post-test pour le groupe expérimental et aucune amélioration pour le groupe contrôle.</p> <p>Pour les participants du groupe expérimental, on a noté une hausse des mesures au plan des habiletés reliées à l'autodétermination.</p>	<p>-----</p> <p>-</p>

1.3. Intervention proposée

Place dans la chaîne prédictive.

Tels qu'exposés dans la chaîne prédictive, divers facteurs de risque individuels et environnementaux peuvent vulnérabiliser un individu au cours de sa vie et accroître la probabilité qu'il se retrouve un jour en situation d'itinérance (Nooe & Patterson, 2010). Cela est sans compter le fait que les individus qui quittent le milieu de l'itinérance demeurent à risque de faire face à cette condition dans le futur (Gouvernement du Québec, 2008). En plus d'éprouver de la difficulté à acquérir une stabilité relative suite à leur passage dans la rue, les personnes ayant fait face à l'itinérance peuvent avoir du mal à reprendre la maîtrise de leur vie et à faire des choix éclairés pour regagner une qualité de vie acceptable. Dans cette perspective, les obstacles sont encore plus grands pour les individus qui présentent une DI étant donné leurs limites aux plans cognitif et adaptatif (Picard, Loyer, & Mercier,

2011). C'est pourquoi il est pertinent de donner le soutien nécessaire à la personne qui présente une DI afin qu'elle développe son autodétermination et qu'elle devienne un agent causal dans sa vie.

Le programme d'intervention qui sera décrit dans la prochaine section et qui s'intitule *C'est la vie de qui après tout?*, consiste en une intervention ciblée qui cherche à contrer certains facteurs de risque de l'itinérance et à promouvoir certains facteurs de protection de cette problématique (voir facteurs en gras dans la chaîne prédictive). Au plan ontosystémique, le programme vise l'amélioration de l'estime de soi et des habiletés sociales chez les participants. Au plan microsystémique, l'isolement social et le faible soutien social sont les facteurs de risque ciblés. En effet, on souhaite que la participation aux ateliers du programme aide les participants à briser leur isolement et à augmenter leurs contacts sociaux. Au plan macrosystémique, il est évident que l'on ne peut influencer directement des facteurs de risque comme l'exclusion sociale, la marginalisation ou la discrimination. Toutefois, il est pertinent de savoir que les interventions visant le développement de l'autodétermination peuvent aider un individu à acquérir des habiletés qui lui permettront ensuite d'être plus en mesure de se mobiliser et de faire valoir ses droits dans la société (Wehmeyer, 2003). Certains facteurs de protection de l'itinérance sont également ciblés dans ce programme, particulièrement par l'apprentissage de l'habileté à résoudre des problèmes personnels et interpersonnels. Les facteurs de protection visés chez les participants sont leurs capacités d'ajustements psychosociaux ainsi que leurs stratégies de *coping* efficaces.

Justification du choix de l'intervention et de ses adaptations.

Les habiletés ciblées par le programme visent particulièrement le développement de trois des quatre caractéristiques essentielles de l'autodétermination, soit l'autoréalisation (connaissance de soi et conscience de soi), l'autonomie comportementale (connaissance de ses préférences) et l'autorégulation (résolution de problèmes personnels et interpersonnels) (Wehmeyer, 2003). C'est d'ailleurs le développement des deux dernières caractéristiques qui prédit le plus le degré d'autodétermination d'une personne (Wehmeyer, 1995). Les habiletés ont été choisies en fonction des besoins et des caractéristiques des participants. Plus particulièrement, les habiletés « connaissance de soi », « conscience de soi » et « connaissance de ses préférences » ont été choisies, car elles représentent des processus internes qui constituent des fondements à l'acquisition d'une plus grande autodétermination (Field & Hoffman, 1996).

Afin de concevoir son intervention, l'animatrice s'est inspirée des programmes présentés dans les tableaux 8 à 10. Plus particulièrement, le *Programme cognitif-comportemental de réadaptation* proposé par Boscoville 2000 (Le Blanc & Trudeau Le Blanc, 2009) sert d'appui à l'enseignement de l'habileté à résoudre des problèmes personnels et interpersonnels. L'animatrice a aussi pris exemple sur certaines des activités proposées dans le cadre des programmes *Steps to Self-Determination* (Field & Hoffman, 1996) et *Life-Centered Career Education (LCCE): Modified curriculum for individuals with moderate disabilities* (Loyd & Brolin, 1997) pour favoriser le développement de la connaissance et de la conscience de soi chez les participants. Ces activités ont toutefois été adaptées en fonction des caractéristiques particulières des participants ciblés par l'intervention, soit des adultes à risque d'itinérance ayant une DI. L'animatrice s'est aussi inspirée de certaines activités proposées par les auteurs des livres ou des chapitres de livres qui suivent pour concevoir son intervention : (a) *Promoting self-determination in students with developmental disabilities* (Wehmeyer, 2007), (b) *Handbook for communication and problem-solving skills training : A cognitive-behavioral approach* (Bedell & Lennox, 1997) et (c) *Mental retardation and intellectual disabilities: Teaching students using innovative and research-based strategies* (Agran & Wehmeyer, 2005). Ces activités ont également été adaptées en fonction des caractéristiques des participants. Finalement, du matériel didactique « fait maison » ainsi que du matériel audiovisuel a été préparé par l'animatrice afin de favoriser l'intégration des habiletés ciblées par le programme chez les participants.

De façon générale, l'intervention est majoritairement d'orientation cognitive-comportementale. Elle est également fondée sur les principales assises de l'approche positive dont la conception repose sur une approche sociale abordée sous plusieurs angles dont ceux de la qualité de vie (Schalock, 1996), du principe de normalisation (Nirje, 1972) et de la valorisation des rôles sociaux (Wolfensberger, 1983). Les valeurs servant de fondement à l'approche positive sont la croyance, la considération et la reconnaissance (Fraser & Labbé, 1993). La croyance implique la conviction que la personne qui a une DI peut se développer et changer tout au long de sa vie, qu'elle a les mêmes besoins fondamentaux que n'importe quel autre individu, qu'elle peut faire des choix et qu'elle peut être utile. La considération signifie que la personne qui a une DI est considérée comme une interlocutrice valable. Elle peut influencer et questionner nos positions comme personne et intervenant. Elle mérite notre respect. Pour sa part, la reconnaissance suppose que l'individu qui a une DI est un citoyen à

part entière qui a les mêmes droits que tout autre citoyen. Il a le droit de jouer un rôle social valorisant et d'obtenir l'assistance et le soutien nécessaire pour vivre avec succès dans la communauté. Enfin, l'approche positive stipule que la personne qui a une DI doit être traitée avec dignité, en considération de son âge et de ses besoins véritables. Pour appliquer ces valeurs dans le cadre du programme, il importe de personnaliser l'intervention.

Pertinence de l'intervention proposée.

Depuis les années 1990, le développement de l'autodétermination chez les personnes ayant une DI est considéré, dans le domaine de l'éducation spécialisée, comme l'un des objectifs d'intervention les plus importants à atteindre chez cette clientèle (Chambers, Wehmeyer, Saito, Lida, Lee, & Singh, 2007). L'autodétermination est d'ailleurs identifiée comme une sphère cruciale pouvant mener à des résultats de vie plus positifs chez les personnes ayant une DI (Wehmeyer & Schwartz, 1997). Selon une étude de Lachapelle et ses collègues (2005), l'autodétermination fait partie des huit dimensions de la qualité de vie. Les résultats de cette étude montrent, en effet, qu'il existe une corrélation statistiquement significative entre ces deux concepts ($r=0,25$, $p=0,04$). Selon cette perspective, l'autodétermination prédirait le niveau de qualité de vie chez les adultes qui présentent une DI, même si ces derniers s'avèrent généralement moins autodéterminés que la moyenne des gens (Wehmeyer & Schwartz, 1998). En effet, les individus qui présentent une DI ont souvent peu d'occasions leur permettant d'acquérir des habiletés relatives à l'autodétermination et ne se retrouvent généralement pas dans des situations leur permettant d'utiliser ces habiletés (Wehmeyer & Sands, 1996). De plus, les perceptions et les attentes de la communauté envers ces individus limitent considérablement de telles occasions. Heureusement, lorsqu'elles ont la possibilité d'acquérir et de mettre en pratique ces habiletés, les personnes présentant des limites intellectuelles réussissent. Selon Deci (1980), le fait d'acquérir une plus grande autodétermination aide les personnes présentant une DI à assumer les responsabilités découlant de leurs choix et de leurs décisions, réduit leur sentiment d'impuissance et d'inutilité et les libère de la dépendance. Selon les auteurs du *Cadre de référence en itinérance au Québec* (Gouvernement du Québec, 2008), il faut reconnaître la capacité des personnes itinérantes à agir sur leur situation et à être des acteurs dans les réponses à apporter à leurs besoins. Surtout, il faut soutenir leurs tentatives d'*empowerment*. Finalement, selon Sylvain Picard, psychoéducateur œuvrant auprès de personnes itinérantes présentant une DI depuis plus de 10 ans, toutes les approches et les techniques d'intervention

utilisées doivent permettre à la personne itinérante ou à risque d'itinérance de mieux se connaître et d'acquérir du pouvoir et de la maîtrise sur ses choix responsables (Picard et al., 2011).

2. Méthodologie

2.1. Description du programme d'intervention selon les composantes de la structure d'ensemble (Gendreau, 2001)

Participants (caractéristiques et recrutement).

Critères d'inclusion.

Lors de l'implantation du programme, on privilégie un échantillon de convenance. Les participants potentiels font partie de la clientèle du psychoéducateur de l'Équipe Itinérance du CSSS [REDACTED]. Il faut dix participants afin qu'une répartition non aléatoire dans le groupe expérimental et le groupe contrôle soit possible. Les participants potentiels doivent être des hommes ou des femmes d'âge adulte ayant vécu en situation d'itinérance dans le passé. Depuis leur sortie de la rue, ces personnes doivent avoir acquis une stabilité relative malgré des conditions de vie assez précaires (au plan du logement, du revenu, du réseau social, etc.) et malgré le fait qu'elles soient toujours à risque d'itinérance. Ces personnes doivent également présenter une DI légère à moyenne, diagnostiquée ou présumée (aucune évaluation intellectuelle formelle réalisée, mais la personne présente des caractéristiques semblables à celles d'une personne ayant le diagnostic). De plus, les participants potentiels peuvent présenter des troubles concomitants de santé physique ou mentale. Les participants potentiels doivent tous être résidents de Montréal et peuvent habiter dans un appartement, une maison de chambres, une résidence de « chambres et pensions » ou toute autre ressource d'hébergement à moyen ou à long terme. Les participants potentiels sont sélectionnés en fonction de leur fiabilité et de leur motivation à participer au programme. Idéalement, ceux-ci doivent avoir un fonctionnement comportemental adéquat ainsi qu'un minimum de capacités d'introspection, même si celles-ci sont généralement plus limitées chez les personnes présentant une DI (Lessard, 1993). De plus, il est souhaité que les participants aient des habiletés de base en lecture et en écriture.

Critères d'exclusion.

Les personnes en situation d'itinérance cyclique ou chronique ne peuvent être acceptées dans le cadre de ce programme. Aussi, celles qui ont des problèmes de toxicomanie, qui ne prennent pas leur médication en raison de leur problème de santé mentale, qui s'adonnent à la prostitution de façon quotidienne ou qui ont des démêlés avec la justice doivent être exclues au moment du recrutement étant donné leur instabilité physique et psychologique.

Recrutement.

Dès le début du mois d'août 2011 (période de sensibilisation au programme), des lettres d'invitation personnalisées sont remises en main propre ou envoyées par la poste aux participants potentiels du groupe expérimental et du groupe contrôle afin de les inciter à participer au programme. En effet, la participation des individus ciblés par l'intervention est entièrement volontaire. Au total, une vingtaine de lettres sont envoyées. Au cours du mois d'août, l'animatrice fait un suivi des réponses des participants pour s'assurer du meilleur recrutement possible.

Au début septembre, une rencontre d'information a lieu avec les cinq participants du groupe expérimental ayant décidé de participer au programme. Cette rencontre a pour but d'exposer en détails les différentes composantes du programme et de permettre aux personnes présentes de faire part de leurs questions et préoccupations concernant la participation au programme. À la fin de la rencontre d'information, l'animatrice prend rendez-vous avec chaque participant afin de procéder à la signature du formulaire de consentement ainsi qu'à la réalisation du prétest. Vers la fin du mois d'août, elle communique avec les cinq participants du groupe contrôle ayant décidé de prendre part au projet. Elle répond à leurs questions et convient d'une rencontre avec eux pour procéder à la signature du formulaire de consentement et à la réalisation du prétest.

But et objectifs.

But.

Le programme *C'est la vie de qui après tout?* vise, à moyen terme, le développement de l'autodétermination chez les adultes à risque d'itinérance présentant une DI. À long terme, l'intervention vise à améliorer la qualité de vie de ces individus et à éviter qu'elles retournent vers l'itinérance.

Objectif distaux (non évalués).

Que le participant améliore sa qualité de vie.

Que le participant évite un retour vers l'itinérance.

Objectif intermédiaire.

Que le participant augmente son degré d'autodétermination.

Objectifs proximaux (généraux et spécifiques).

1-Que le participant améliore sa connaissance de soi.

À la fin du programme, le participant aura (a) amélioré la connaissance de ses forces et qualités personnelles dans différents domaines de sa vie et (b) amélioré la connaissance de ses difficultés et limites personnelles dans différents domaines de sa vie.

2-Que le participant améliore sa conscience de soi (non évalué).

(a) À la fin du programme, le participant aura amélioré sa capacité à distinguer les éléments relatifs à la conscience de soi (émotions, pensées, comportements).

3-Que le participant améliore la connaissance de ses préférences.

À la fin du programme, le participant aura (a) amélioré sa capacité à identifier ses préférences dans différents domaines de sa vie et (b) amélioré sa capacité à les justifier.

4-Que le participant améliore sa capacité à résoudre des problèmes personnels et interpersonnels.

À la fin du programme, le participant aura (a) amélioré sa capacité à reconnaître les cinq étapes de la résolution de problèmes, (b) amélioré sa capacité à identifier un problème dans une situation donnée et (c) amélioré sa capacité à nommer des solutions possibles au problème identifié dans une situation donnée.

Animatrice.

L'animatrice des ateliers du programme est une finissante à la maîtrise en psychoéducation. Celle-ci s'occupe de la planification, de l'organisation et de l'animation des ateliers. Lors de l'implantation du programme, l'animatrice évolue depuis trois ans dans le milieu d'intervention. Elle possède une certaine expérience avec les personnes présentant une DI ainsi qu'en animation d'ateliers de groupe.

Programme et contenu.

Le programme *C'est la vie de qui après tout?* comprend deux volets, soit un volet individuel et un de groupe. Les ateliers respectifs de ces deux volets s'alternent tout au long du programme. Fondé sur l'un des principes de l'approche positive (Fraser & Labbé, 1993), le volet individuel permet à l'animatrice de personnaliser l'intervention pour chacun des participants. Le volet de groupe, quant à lui, permet aux participants d'échanger et d'apprendre sur les mêmes thèmes que ceux abordés au cours du volet individuel, mais dans un contexte différent et à l'aide de moyens différents. Le programme comporte quatre thèmes dont les trois premiers ciblent les habiletés que les participants doivent développer au cours de l'intervention. Ces thèmes sont (a) Se connaître et prendre conscience de soi, (b) Connaître ses préférences et savoir les justifier et (c) Résoudre des problèmes personnels et interpersonnels. Le dernier thème est abordé lors d'un seul atelier qui célèbre la réussite des participants au programme par un dîner spécial et lors duquel l'animatrice fait un retour

sur l'ensemble du programme avec ceux-ci. Un guide d'animation décrivant en détails chacun des ateliers du programme et comportant le matériel d'animation (voir annexe II pour quelques exemples) a été élaboré par l'animatrice afin de favoriser le bon déroulement des ateliers et assurer l'intégrité du programme.

Contexte spatial.

Les ateliers du programme se déroulent dans une salle de conférence du CLSC, un local spacieux, mais intime où se trouve une grande table permettant aux participants d'interagir aisément en contexte de groupe. Ce local dispose également d'un tableau permettant d'inscrire certaines notions abordées lors des ateliers. Le local choisi pour la réalisation des ateliers ne présente pas de facteurs pouvant nuire à la concentration des participants.

Contexte temporel et dosage de l'intervention

L'intervention proprement dite débute à la mi-septembre 2011 et se termine à la fin novembre 2011. Un post-test est ensuite effectué par les participants (en décembre). Le programme dure 11 semaines consécutives (volet individuel : cinq ateliers, volet de groupe : six ateliers). Les ateliers individuels durent entre 30 et 45 minutes et ont lieu les mardis et les vendredis, selon les disponibilités de chaque participant. Pour leur part, les ateliers de groupe durent environ 90 minutes et ont lieu le mardi matin, à 10h. Comme la durée respective des ateliers individuels et de groupe dépend des capacités attentionnelles des participants, de leur motivation du moment et du contenu de chaque atelier, elles ne sont pas précises. Aussi, il faut éviter de tenir les ateliers la première date de chaque mois puisque c'est à ce moment que les participants ont accès à leur chèque d'aide sociale. Ceux-ci sont donc moins disposés à se présenter aux ateliers lors de cette journée du mois. De façon plus générale, le premier thème se déroule sur quatre semaines, le deuxième sur deux semaines, le troisième sur quatre semaines et le quatrième sur une semaine.

Si un participant est absent à un atelier du volet individuel, l'animatrice tente autant que possible de lui faire reprendre l'atelier manqué avant le prochain atelier de groupe. Si cela est impossible, elle annule l'atelier individuel. Les ateliers de groupe, quant à eux, ne peuvent être repris, sauf dans le cas où aucun des participants ne s'y présente. Si tel est le cas, l'atelier en question est repris le mardi

suivant. S'il manque trop de participants à un atelier de groupe, celui-ci n'est pas annulé, car il est préférable d'éviter des déplacements inutiles aux personnes qui se présentent comme prévu aux ateliers. En effet, si l'atelier était annulé, cela pourrait avoir une influence négative sur la motivation des participants à se présenter aux ateliers subséquents du programme.

Stratégies de gestion des apprentissages (moyens de mise en relation).

Le principal moyen de gestion des apprentissages choisi dans le cadre de ce programme est la constitution d'un portfolio personnalisé par chaque participant. Dans ce portfolio s'insère le fruit des activités réalisées lors des ateliers individuels et de groupe. Le contenu du portfolio permet de concrétiser davantage les habiletés travaillées lors des ateliers et de valoriser le participant quant au travail accompli au cours du programme. Les participants apprennent et développent les habiletés ciblées par le programme à l'aide de matériel didactique et audiovisuel (extraits de films pour l'atelier de groupe de la thématique « Connaître ses préférences et savoir les justifier »). Les périodes de discussion sont omniprésentes tout au long du programme et les participants doivent réaliser des exercices entre les ateliers individuels et de groupe (voir annexe III). Chaque atelier commence et se termine par une courte période de relaxation (respirations profondes et visualisation d'une image positive) suivie d'un « Comment ça va? », moment durant lequel le participant doit se donner une note sur 10 selon son état du moment et justifier cette note. Les périodes de relaxation, inspirées de l'entraînement autogène de Schultz (1987), permettent de favoriser la concentration et l'introspection chez le participant qui est encouragé à mettre de côté ses préoccupations pour se consacrer uniquement à l'atelier. Un retour sur les notions abordées est également réalisé à la fin de chaque atelier afin de maximiser les apprentissages chez les participants (voir annexe IV). L'alternance entre les ateliers individuels et de groupe s'avère un moyen de gestion des apprentissages en soi puisque les mêmes notions sont abordées dans les deux contextes, mais de façon différente.

Tout au long du programme, l'animatrice agit en tant que personne qui est, elle aussi, en processus d'apprentissage (« co-learner »). En effet, cette attitude est recommandée pour promouvoir l'autodétermination chez les personnes présentant des limites intellectuelles (Field & Hoffman, 1996). L'animatrice réalise donc les activités et exercices du programme et participe aux discussions au même titre que les participants. Cette approche vise à favoriser le modelage, stratégie également

considérée comme un moyen de gestion des apprentissages. L'apprentissage coopératif (activités réalisées en équipe de deux) lors des ateliers de groupe a pour but de faciliter l'acquisition des habiletés ciblées en favorisant une atmosphère non compétitive et non anxiogène. Enfin, les techniques d'intervention (Renou, 2005) privilégiées pour favoriser les apprentissages au cours des ateliers sont : la rétroaction, l'humour, l'aide opportune, la clarification et les renforcements positifs. Suivant le principe du conditionnement opérant, les renforcements positifs verbaux et non verbaux augmentent la probabilité d'apparition des habiletés recherchées (Skinner, 2008), c'est pourquoi ils doivent être fréquents. Il s'agit également d'une bonne façon d'établir et d'entretenir une relation positive avec les participants.

Afin de favoriser la rétention des participants tout au long du programme, il est important que l'animatrice garde contact avec chacun d'eux entre les ateliers. De semaine en semaine, les communications directes ou indirectes (par téléphone) permettent à l'animatrice de rappeler à chaque participant la date du prochain atelier individuel ou de groupe auquel il doit se présenter. La collaboration des intervenants des participants est également très précieuse pour la rétention puisque ceux-ci peuvent se charger de transmettre les messages de l'animatrice aux participants les plus difficiles à joindre. Chaque participant reçoit aussi son horaire personnalisé au début du programme. Finalement, lors des ateliers individuels et de groupe, des incitatifs (collations) sont fournis aux participants et des prix de présence sont remis afin d'optimiser la rétention.

Stratégies de gestion des comportements.

Dès le premier atelier de groupe, l'animatrice expose le code de vie à respecter au cours du programme. Le code de vie est ensuite discuté avec les participants afin de s'assurer qu'ils acceptent tous de le respecter. Le code est affiché et rappelé lors des ateliers de groupe subséquents. Certaines techniques d'intervention (Renou, 2005), telles l'ignorance intentionnelle, la proximité physique, l'intervention par signe, le rappel du code de vie et l'appel direct à la réalité sociale sont également utilisées lors des ateliers pour permettre le bon déroulement de ceux-ci.

Code et procédures (code de vie).

Code: Être respectueux envers soi et envers les autres.

Favoriser l'échange, l'engagement et la responsabilisation.

Promouvoir un climat d'entraide et de soutien.

Procédures: Arriver à l'heure aux ateliers.

Appeler ou laisser un message au CLSC afin d'avertir l'animatrice de son absence ou de son retard à un atelier.

Respecter son propre rythme d'apprentissage et celui des autres.

Lever la main pour parler et parler seulement lorsque c'est son tour.

Écouter et participer de façon active.

Accueillir les différences des autres et être tolérant.

Ne pas juger, ni rire des problèmes ou des difficultés des autres.

Éteindre son cellulaire.

Système de responsabilités.

Lors des ateliers individuels, les responsabilités sont assumées en grande partie par l'animatrice. Ces responsabilités sont de l'ordre de la planification, de l'organisation et de l'animation des ateliers. La seule responsabilité du participant est de respecter le code de vie établi. Lors des ateliers de groupe, les responsabilités sont réparties de façon équivalente entre les participants. D'abord, chacun doit respecter le code de vie pour contribuer au bon déroulement des ateliers. Certaines responsabilités (p. ex. : faire du café, servir du jus et une collation, distribuer le matériel de l'atelier, être le « gardien du temps », écrire au tableau, remettre le local à l'ordre) sont également assignées aux participants présents et varient d'un atelier de groupe à l'autre pour une même personne.

Stratégies de transfert et de généralisation.

La principale stratégie de transfert et de généralisation utilisée dans le cadre de ce programme est l'alternance entre les ateliers du volet individuel et ceux du volet de groupe. Tel que mentionné précédemment, cette alternance a pour but d'aider les participants à développer les habiletés ciblées par le programme dans deux contextes différents et à l'aide de moyens différents. La réalisation d'exercices entre les ateliers individuels et de groupe ainsi que les retours sur chaque atelier ont

également pour but de maximiser le transfert et la généralisation des acquis chez les participants (voir annexes 3 et 4).

Système de reconnaissance.

Les renforcements positifs informels occupent une place importante dans le programme en aidant les participants à prendre conscience des moments où ils manifestent les habiletés enseignées. Ces renforcements sont de nature verbale (p. ex. : félicitations) et non verbale (p. ex. : sourire). Lors de chaque atelier individuel, un prix de présence est remis au participant. Lors des ateliers de groupe, un prix de présence est tiré parmi les participants présents et un certificat cadeau d'une valeur de 10 dollars est tiré parmi les participants ayant complété l'exercice demandé lors de l'atelier individuel précédent. Enfin, pendant le dernier atelier, un dîner spécial a lieu afin de souligner la réussite et le succès des participants au programme. Lors de cette célébration, un certificat d'accomplissement personnalisé (voir annexe V) est remis à chaque participant, attestant ainsi sa participation au programme. Les participants du groupe contrôle sont aussi dédommagés pour leur participation au programme. En effet, un certificat cadeau d'une valeur de 10 dollars leur est remis en guise de remerciement une fois qu'ils ont complété les questionnaires du post-test.

2.2. Évaluation de la mise en œuvre

Composantes retenues et procédure d'évaluation (voir le tableau 13 pour une synthèse).

L'efficacité d'un programme d'intervention ne se limite pas uniquement à son influence sur les objectifs proximaux, intermédiaires et distaux fixés au départ. De multiples variables peuvent expliquer les effets obtenus, dont les conditions d'application de l'intervention et les caractéristiques des participants (Vitaro, 2000). Dans le cadre de cette étude, tous les ateliers du programme ont été filmés, ce qui a grandement facilité l'évaluation des composantes de la mise en œuvre.

La conformité au programme.

Divers facteurs externes peuvent survenir et influencer le déroulement des ateliers d'un programme. Comme ces facteurs sont imprévisibles, il est pertinent de mettre en place des outils qui permettent

d'évaluer si le programme a été appliqué le plus conformément possible dans le but ultime de déterminer son efficacité réelle.

L'instrument permettant d'évaluer cette composante est un journal de bord qui est complété par l'animatrice suite à chaque atelier du programme. Pour chaque atelier réalisé, l'animatrice y note tout changement apporté aux principes et aux procédures (voir annexe VI). Elle note ensuite chaque atelier selon le nombre de changements apportés à celui-ci (0=atelier non conforme, soit plus de deux changements apportés, 1=atelier plus ou moins conforme, soit un ou deux changements apportés et 2=atelier conforme, soit aucun changement apporté. De façon générale, l'animatrice inscrit au journal de bord si chaque atelier individuel et de groupe prévu au programme a été complété, non complété ou partiellement complété.

Le degré d'exposition au programme (dosage).

L'efficacité d'un programme d'intervention dépend du nombre d'ateliers auxquels assistent les participants. Il est donc pertinent de vérifier le dosage de l'intervention pour déterminer les effets de celle-ci, en fonction du fait que certains participants ont participé à plus ou moins d'ateliers que d'autres. Bien que plusieurs stratégies de rétention des participants soient prévues au cours du programme, il est primordial d'évaluer le degré d'exposition puisque la participation des individus repose sur une base volontaire. Cette composante, en plus d'influencer les résultats de l'intervention, peut être un indice du degré de satisfaction des participants quant au programme.

Ici encore, l'évaluation est faite à partir d'un journal de bord dans lequel l'animatrice note la durée approximative de chaque atelier réalisé (voir annexe VII). Le nombre de présences et d'absences de chacun des participants au cours du programme est également répertorié dans un tableau synthèse (voir annexe VII). Finalement, le nombre de devoirs réalisés par chaque participant entre les ateliers individuels et de groupe est aussi pris en compte lors de l'évaluation de cette composante (voir annexe X). En effet, en faisant leurs devoirs en dehors des ateliers, les participants sont exposés au contenu du programme.

La qualité de la mise en application du programme (degré de satisfaction des participants).

La qualité de l'animation et l'attrait des activités proposées au cours d'un programme peuvent influencer le degré de satisfaction des participants et affecter leur motivation à se présenter aux ateliers.

Ainsi, la qualité de la mise en application du programme est évaluée à l'aide d'un questionnaire maison (barème imagé à quatre niveaux allant de 0=très insatisfait à 3=très satisfait) (voir annexe VIII). Après chaque atelier du programme, les participants présents doivent, de façon confidentielle, choisir l'image qui correspond le plus à leur degré de satisfaction. L'évaluation de cette composante permet donc à l'animatrice d'examiner les liens entre le degré moyen de satisfaction des participants et les effets du programme, tout en restant consciente des biais de désirabilité sociale qui sont communs chez les participants ciblés par l'intervention (Carrier & Fortin, 1994). Une entrevue de satisfaction semi-structurée (voir annexe IX) a également lieu suite au dernier atelier du programme. Cette entrevue se déroule en groupe et est animée par une autre étudiante à la maîtrise en psychoéducation qui questionne les participants quant à leur appréciation des différentes composantes de l'intervention. L'animatrice fait une analyse de contenu des propos recueillis chez les participants présents suite à cette entrevue afin d'appuyer les résultats du programme.

La qualité de la participation.

Cette composante est aussi évaluée à l'aide d'un journal de bord (voir annexe X). Au début de chaque atelier de groupe, l'animatrice fait un retour sur l'exercice à accomplir par une discussion avec les participants. Elle note alors si chaque participant a fait ou non l'exercice demandé (oui=1 et non=0). Après chaque atelier individuel et de groupe, l'animatrice évalue également la qualité de la participation proprement dite de chaque participant à l'aide de données observationnelles (observation participante) selon une échelle de 0 à 4 (0= insatisfaisante à 4= très satisfaisante). Finalement, la qualité de la participation est évaluée en fonction des comportements inadéquats ou perturbateurs observés chez les participants lors de chaque atelier. Cet aspect est noté sur une échelle de 0 à 3 (0= jamais à 3=très souvent).

La différenciation de programme.

Afin de s'assurer que les effets du programme sont vraiment dus à celui-ci et non à une autre intervention, il convient de procéder à l'évaluation de la différenciation de programme. La source d'évaluation privilégiée pour cette composante consiste en un court questionnaire maison (voir annexe XI) que le psychoéducateur des participants du groupe expérimental et du groupe contrôle rempli suite à l'implantation du programme. Ce questionnaire permet de vérifier si d'autres interventions ou services professionnels (p. ex. : participation à un autre programme ou activité, nouvelle médication, consultation d'un autre professionnel, etc.) ont pu influencer les résultats des participants au cours du programme et suite à celui-ci.

Tableau 13 : *Composantes retenues pour l'évaluation de la mise en œuvre.*

Composante	Instrument de mesure/source d'évaluation	Variables dérivées	Temps de mesure (T)
1-Conformité au programme	-Journal de bord	<p>-Nombre de changements apportés aux principes et aux procédures (0=atelier non conforme, soit plus de deux changements apportés, 1=atelier plus ou moins conforme, soit un ou deux changements apportés et 2=atelier conforme, soit aucun changement apporté.</p> <p>Nombre d'ateliers individuels et de groupe complétés, non complétés ou partiellement complétés pour l'ensemble du programme.</p>	T2 à T12

2-Degré d'exposition au programme (dosage)	<p>-Journal de bord</p> <p>-Tableau de présences</p>	<p>-Durée approximative de chaque atelier réalisé et nombre de devoirs réalisés par chaque participant entre les ateliers individuels et de groupe.</p> <p>-Nombre de présences et d'absences pour chaque participant aux ateliers du programme.</p>	T2 à T12
3-Qualité de la mise en application du programme (degré de satisfaction des participants)	<p>-Questionnaire maison (barème imagé à quatre niveaux)</p> <p>-Entrevue de satisfaction (semi-structurée) de groupe</p>	<p>-Le participant détermine son degré de satisfaction (entre 0=très insatisfait et 3=très satisfait) à l'aide des quatre images présentées.</p> <p>-Suite au dernier atelier, les participants sont questionnés sur leur appréciation des différentes composantes du programme (analyse de contenu).</p>	<p>T2 à T12</p> <p>T13</p>
4-Qualité de la participation	-Journal de bord	<p>-Assiduité dans les exercices : Oui=1 Non=0.</p> <p>-L'animatrice note la qualité de la participation du participant selon une échelle graduée de 0=insatisfaisante à 4=très satisfaisante.</p> <p>-L'animatrice note la manifestation de comportements perturbateurs ou inadéquats observés chez le participant</p>	<p>T3, T5, T7, T9, T11</p> <p>T2 à T12</p> <p>T2 à T12</p>

		selon une échelle de 0=jamais à 3=très souvent.	
5-Différenciation de programme	-Questionnaire maison rempli par le psychoéducateur des participants du groupe expérimental et du groupe contrôle.	Autres services professionnels rendus ou autres interventions reçues en dehors du programme.	T13

Prétest : T1

Intervention : T2 à T12

Post-test : T13

2.3 Évaluation des effets

Protocole de recherche et procédure d'évaluation.

L'évaluation du présent projet d'intervention repose sur un protocole de recherche quasi-expérimental avant-après avec groupe contrôle non équivalent. Le choix de ce devis découle du fait qu'un échantillon de convenance est utilisé pour répartir les sujets dans les deux conditions expérimentales. En effet, en raison de l'instabilité physique et psychologique des personnes faisant partie de la clientèle de stage de l'animatrice, il est plus prudent de choisir les individus les plus fiables et qui démontrent le plus de motivation à participer au programme afin de favoriser la rétention des participants. Ainsi, les personnes les plus susceptibles de s'engager dans le programme durant 11 semaines font partie du groupe expérimental tandis que celles qui souhaitent participer au programme, mais qui se sentent moins prêtes à s'engager et à se présenter à tous les ateliers, font partie du groupe contrôle. Il n'y a donc pas formation de deux groupes homogènes constitués par répartition aléatoire. Toutefois, comme les participants des deux groupes sont soumis à des mesures avant et après l'intervention, il est possible de se rapprocher de l'équivalence initiale des groupes. En effet, l'addition d'un groupe contrôle, même quand il n'est ni équivalent, ni apparié, facilite l'interprétation des résultats, beaucoup plus que le protocole préexpérimental à groupe unique (Ladouceur & Bégin, 1986). De plus, les protocoles quasi-expérimentaux contrôlent mieux que les protocoles préexpérimentaux les menaces habituelles à la validité interne (Mercier, Gagnon, & Clément, 2005). Malgré la possibilité limitée de généralisation des résultats, la validité externe de ce protocole est aussi bonne que celle du protocole expérimental avant-après avec groupe contrôle (Ladouceur & Bégin, 1986). Dans le cadre de cette étude, chacun des groupes est composé de cinq participants. Ce nombre peut sembler petit, mais il est réaliste étant donné la faible probabilité d'avoir davantage de participants dans chaque groupe. De plus, comme le programme comporte un volet individuel, et que l'animatrice a un temps limité en milieu de stage, il est difficile pour elle de prendre plus de cinq participants dans le groupe expérimental.

Dans le cadre de cette étude, un protocole quasi-expérimental à cas unique aurait pu être choisi. Puisque ce protocole exige d'avoir recours à des mesures répétées, l'animatrice a laissé de côté cette

option. Son accompagnateur de stage, psychoéducateur travaillant depuis une dizaine d'années avec la clientèle ciblée par le programme, a aussi déconseillé l'utilisation de ce protocole qui demande au participant de répondre à un questionnaire à chaque atelier auquel il se présente pour vérifier son acquisition des habiletés ciblées. Que le questionnaire soit bref ou non, cette procédure peut s'avérer intrusive pour des personnes qui présentent une DI. De plus, cela peut nuire à la rétention des participants ainsi qu'à la validité des résultats. En effet, les personnes qui présentent une DI ont généralement une faible estime quant à leur capacité à répondre à des questions (Wyngaarden, 1981). Elles ont aussi facilement peur d'être jugées, évaluées, voire réprimandées (Atkinson, 1988), ce qui les pousse à vouloir répondre le plus possible aux attentes de leur évaluateur pour se sentir approuvées et valorisées. En ayant recours à des mesures répétées tout au long du programme, il est clair que les informations obtenues auprès des participants auraient pu être biaisées. Finalement, comme le programme ciblait des habiletés qui ne s'acquièrent pas rapidement, l'usage de mesures répétées se serait avéré peu utile.

Mesures pour l'évaluation des effets (voir le tableau 14 pour une synthèse).

Afin de vérifier l'atteinte de l'objectif intermédiaire, les participants du groupe expérimental et du groupe contrôle sont évalués selon la version pour adultes de l'*Échelle d'autodétermination* du LARIDI (Wehmeyer, Lachapelle, Boisvert, Leclerc, & Morrisette, 2001) (voir annexe XII) avant et après le programme. Cette échelle auto-rapportée permet d'évaluer le degré d'autodétermination de personnes présentant des difficultés d'apprentissage ou des incapacités intellectuelles. Elle constitue également un moyen pour leurs intervenants de déterminer leurs forces et leurs limites quant aux différents construits mesurés. L'échelle comprend 72 items et est divisée en quatre sous-échelles. Chaque sous-échelle traite d'une caractéristique essentielle de l'autodétermination, soit (a) l'autonomie comportementale, (b) l'autorégulation, (c) l'« *empowerment* » psychologique et (d) l'autoréalisation. La cotation de l'échelle fournit un score total d'autodétermination ainsi que des scores pour chacune des caractéristiques essentielles. Il est pertinent d'utiliser cet instrument, d'une part parce qu'il permet de bien évaluer l'objectif intermédiaire ciblé par l'intervention et d'autre part, parce que la version originale de l'échelle, l'*Arc's self-determination scale* (Wehmeyer & Kelchner, 1995a), a été traduite en français pour une population québécoise. En effet, l'échelle a été évaluée et validée auprès d'un échantillon de 27 adultes québécois (9 hommes et 18 femmes).

présentant une DI. De plus, l'échelle s'inspire du modèle fonctionnel de l'autodétermination (Wehmeyer, 2003) présenté précédemment. Quelques mois avant l'implantation du programme, l'animatrice a effectué une étude pilote afin de vérifier si l'échelle était adaptée aux caractéristiques des participants ciblés par le programme. Celle-ci a administré l'échelle à deux personnes répondant aux critères d'inclusion mentionnés précédemment. L'instrument s'est avéré approprié et aucun des deux répondants n'a démontré de difficultés de compréhension lors de sa complétion. Toutefois, l'animatrice a soupçonné des biais de désirabilité sociale chez les deux répondants.

Puisque les personnes qui présentent une DI ont tendance aux biais de désirabilité sociale (Carrier & Fortin, 1994), une courte échelle mesurant ce construit est administrée aux participants du groupe expérimental et du groupe contrôle lors du prétest. L'échelle auto-rapportée, la *Brief Social Desirability Scale* (Hays, Hayashi, & Stewart, 1989) (voir annexe XIII), comporte cinq items qui ont été traduits en français, par une traductrice agréée, de la façon la plus simple possible (vocabulaire adapté) afin de permettre aux participants de bien les comprendre. Le fait d'administrer cette échelle a pour but d'assurer la validité des réponses des participants aux autres instruments à compléter lors du prétest et du post-test. L'échelle traduite a également fait l'objet d'une étude pilote auprès d'une répondante quelques mois avant le début de l'intervention et s'est avérée adéquate et adaptée aux caractéristiques des participants ciblés par le programme.

L'évaluation des effets proximaux de l'intervention est effectuée à l'aide d'un questionnaire maison auquel les participants du groupe contrôle et du groupe expérimental doivent répondre avant et après l'intervention (voir annexe XIV). Ce questionnaire permet à l'animatrice d'évaluer le degré d'acquisition des habiletés ciblées par le programme et de vérifier les changements entraînés par l'intervention. Le questionnaire est court et comprend des questions ouvertes et fermées. Il est adapté aux caractéristiques principales des participants et a fait l'objet d'une étude pilote auprès d'une répondante avant l'implantation de l'intervention. De plus, la validité de contenu du questionnaire a été préalablement vérifiée par le psychoéducateur qui accompagne l'animatrice en stage. Les effets proximaux de l'intervention sont aussi évalués par l'animatrice qui procède au décodage audiovisuel de chaque atelier du programme. Pendant le visionnement de chaque atelier, l'animatrice complète une grille d'observation pour chaque participant présent (voir annexe XV pour un exemple). Cette grille d'observation porte sur l'acquisition de l'habileté travaillée durant l'atelier en question.

Finalement, à la fin du programme, l'animatrice communique avec l'intervenant voyant le plus souvent chaque participant pour recueillir ses observations quant aux changements possiblement apportés par l'intervention (entrevue semi-structurée avec questions ouvertes) (voir annexe XVI).

Les objectifs distaux de l'intervention, soit l'amélioration de la qualité de vie du participant et l'évitement d'un retour vers l'itinérance, ne sont pas évalués dans le cadre de cette étude vu l'impossibilité, pour l'animatrice, de suivre les participants sur une longue période.

Les participants du groupe expérimental et du groupe contrôle répondent aux questionnaires lors d'une rencontre individuelle avec l'animatrice. Cette rencontre permet aussi à cette dernière de répondre aux questions de chacun et de s'assurer qu'ils ont tous bien compris les questions posées. Dans un premier temps, le participant lit et complète un formulaire de consentement. La première partie de l'évaluation (30 minutes environ) consiste en l'administration de la version pour adultes de l'*Échelle d'autodétermination* du LARIDI (Wehmeyer et al., 2001) ainsi que de la version traduite du *Brief Social Desirability Scale* (Hays et al., 1989). Une pause est ensuite allouée au participant, au besoin. Pour terminer, le participant répond au questionnaire maison (environ 30 minutes).

Tableau 14 : Composantes retenues pour l'évaluation des effets.

Objectifs et construits	Instrument de mesure/source d'évaluation	Variables dérivées (nombre d'items)	Temps de mesure	Nature des mesures	Caractéristiques psychométriques	Cibles d'évaluation
Désirabilité sociale	Traduction francophone et adaptation du <i>Brief Social Desirability Scale</i> (mesure auto-rapportée)	Désirabilité sociale (5)	T1	Définitivement vrai=1 à Définitivement faux=5. Un point pour chaque réponse extrême. Les autres choix de réponse valent 0.	Alpha de Cronbach : 0,66 et 0,68 Test-retest : 0,75	Participants du groupe expérimental et du groupe contrôle
Que le participant augmente son degré d'autodétermination (objectif intermédiaire).	Version pour adultes de l' <i>Échelle d'autodétermination</i> du LARIDI	1) Autonomie comportementale (32) 2) Autorégulation (9) 3) <i>Empowerment</i> psychologique (16) 4) Autoréalisation (15)	T1 et T13	1) 0=jamais à 3=toujours 2) Réponses ouvertes 3) La personne choisit l'énoncé qui lui correspond le plus (deux choix) 4) D'accord/ Pas d'accord	Alpha de Cronbach : 1) 0,90 2) NA (nature subjective des réponses évaluées sur cette dimension) 3) 0,75 4) 0,64 Analyses corrélationnelles inter-domaines : corrélations significatives supérieures à 0,30	Participants du groupe expérimental et du groupe contrôle

					<p>Validité de construit : les analyses factorielles préliminaires rejoignent bien les solutions factorielles issues de la validation anglophone initiale.</p> <p>Prétest de la version francophone de l'échelle effectué auprès d'adultes québécois présentant une DI.</p>	
Que le participant améliore sa connaissance de soi (objectif proximal général 1).	<p>-Questionnaire maison</p> <p>-Grille d'observation</p> <p>-Communication avec l'intervenant principal de cha-</p>	<p>Nombre de forces/qualités nommées</p> <p>Nombre de limites/difficultés nommées</p>	<p>T1 et T13</p> <p>T2, T3</p> <p>T13</p>	-Mesures quantitatives, questions ouvertes	-Validité de contenu adéquate	<p>-Participants du groupe expérimental et du groupe contrôle</p> <p>-Participants du groupe expérimental</p> <p>-Participants du groupe expérimental</p>

	que participant afin de recueillir ses observations quant aux changements possiblement apportés par le programme (entrevue semi-structurée avec questions ouvertes).					
Que le participant améliore sa conscience de soi (objectif proximal général 2).	<p>-Questionnaire maison</p> <p>-Grille d'observation</p> <p>-Communication avec l'intervenant principal de chaque participant afin de recueillir ses observations quant aux changements possiblement apportés par le</p>	Capacité à distinguer les éléments relatifs à la conscience de soi (émotions, comportements, pensées) (9).	<p>T1 et T13</p> <p>T4, T5</p> <p>T13</p>	-Mesures quantitatives, questions fermées	-Validité de contenu adéquate	<p>-Participants du groupe expérimental et du groupe contrôle</p> <p>-Participants du groupe expérimental</p> <p>-Participants du groupe expérimental</p>

	programme (entrevue semi-structurée avec questions ouvertes).					
Que le participant améliore la connaissance de ses préférences (objectif proximal général 3).	-Questionnaire maison	Nombre de préférences nommées (5) Nombre d'éléments de justification des préférences nommées	T1 et T13	-Mesures quantitatives, questions ouvertes	-Validité de contenu adéquate	-Participants du groupe expérimental et du groupe contrôle
	-Grille d'observation		T6, T7			-Participants du groupe expérimental
	-Communication avec l'intervenant de chaque participant afin de recueillir ses observations quant aux changements possiblement apportés par le programme (entrevue semi-structurée avec questions ouvertes)		T13			-Participants du groupe expérimental

Que le participant améliore sa capacité à résoudre des problèmes personnels et interpersonnels (objectif proximal général 4).	-Questionnaire maison	Reconnaissance des cinq étapes de la résolution de problèmes Capacité à identifier un problème dans une situation donnée (2) Capacité à nommer des solutions au problème identifié dans une situation donnée	T1 et T13	-Mesures quantitatives, questions ouvertes et fermées	-Validité de contenu adéquate	-Participants du groupe expérimental et du groupe contrôle
	-Grille d'observation		T8, T9, T10, T11			-Participants du groupe expérimental
	-Communication avec l'intervenant principal de chaque participant afin de recueillir ses observations quant aux changements possiblement apportés par le programme (entrevue semi-		T13			-Participants du groupe expérimental

	structurée avec questions ouvertes).					
--	--------------------------------------	--	--	--	--	--

Prétest : T1

Intervention : T2 à T12

Post-test : T13

3. Résultats

3.1. Évaluation de la mise en œuvre

Analyse des composantes de l'implantation et comparaison entre le prévu et le vécu.

Les composantes suivantes ont été entièrement conformes à ce qui était prévu et ne seront donc pas discutées ici : animatrice, contexte spatial, stratégies de gestion des comportements, code et procédures (code de vie), stratégies de transfert et de généralisation et système de reconnaissance.

Participants (caractéristiques et recrutement).

Les dix participants du programme étaient des clients du psychoéducateur de l'Équipe Itinérance du CSSS [REDACTED]. Selon ce qui était prévu, ceux-ci ont été assignés de façon non aléatoire dans le groupe expérimental et le groupe contrôle. Le groupe expérimental était constitué de deux femmes (participantes n° 1 et n° 2) et de trois hommes (participants n° 3, n° 4 et n° 5) dont l'âge moyen était de 41,6 ans alors que le groupe contrôle était constitué de trois femmes (participantes n° 6, n° 7 et n° 8) et de deux hommes (participants n° 9 et n° 10) dont l'âge moyen était de 44,8 ans. Dans le groupe expérimental, une femme (n° 2) et deux hommes (n° 3, n° 5) avaient une DI légère diagnostiquée tandis que les deux autres participants (n° 1, n° 4) avaient une DI légère présumée. Dans le groupe contrôle, seulement une participante (n° 8) avait une DI légère diagnostiquée tandis que les autres participants (n° 6, n° 7, n° 9, n° 10) avaient une DI légère présumée. La présomption de DI chez certains participants est liée au fait que ceux-ci n'avaient pas subi d'évaluation intellectuelle avant ni durant le programme. Toutefois, il y avait de bonnes raisons de croire que cette DI était réelle en raison des données inscrites aux dossiers respectifs des participants. En effet, ceux-ci présentaient des caractéristiques semblables aux personnes présentant un diagnostic de DI. Le niveau socio-économique des participants des deux groupes était relativement équivalent. En outre, ceux-ci bénéficiaient de l'aide sociale comme principale source de revenus. Un participant du groupe expérimental (n° 5) gagnait toutefois un modeste salaire mensuel supplémentaire puisqu'il participait à un programme de réinsertion sociale et en milieu de travail pendant le programme. Deux participantes du groupe contrôle (n° 7, n° 8) gagnaient également un revenu mensuel supplémentaire par l'entremise de la prostitution. À l'exception d'un participant du groupe expérimental (n° 4) qui était de nationalité vietnamienne, tous les participants étaient québécois. Les participants des deux

groupes demeuraient sur l'île de Montréal et avaient déjà fait face à une situation d'itinérance dans le passé. Ceux-ci avaient toutefois acquis une certaine stabilité malgré des conditions de vie encore précaires (au plan du logement, du revenu, du réseau social, etc.) et le fait qu'ils soient toujours à risque d'itinérance. De façon générale, le fonctionnement comportemental des participants était adéquat. Les capacités d'introspection des participants du groupe expérimental s'avéraient toutefois un peu plus développées que celles des participants du groupe contrôle. Les participants du groupe expérimental et du groupe contrôle ont démontré certaines difficultés de compréhension et d'attention à un moment ou à un autre du programme, y compris au cours des périodes d'évaluation.

Lors de la sélection des participants, la presque totalité des critères d'inclusion a été respectée. Cependant, deux participants du groupe contrôle (n° 7, n° 9) ne savaient ni lire ni écrire et un participant du groupe expérimental (n° 5) ne savait pas écrire. Deux critères d'exclusion n'ont pas été respectés pour deux participantes du groupe contrôle (n° 7, n° 8) qui œuvraient quotidiennement dans le milieu de la prostitution et dont une (n° 7) avait un problème de consommation de substances psychotropes. Comme ces deux participantes avaient acquis une stabilité relative dans leur vie avant le prétest et qu'elles présentaient un fonctionnement comportemental adéquat, elles ont tout de même été sélectionnées pour le programme. Comme on peut le constater, les critères d'inclusion et d'exclusion déjà flexibles au départ ont dû être assouplis compte tenu des difficultés liées au recrutement des participants ainsi que de la nature volontaire de la participation au programme. La période de recrutement s'est presque déroulée selon ce qui était prévu au départ. En effet, une participante du groupe expérimental a dû être recrutée à la suite de la rencontre d'informations du 2 septembre 2011, car une personne a retiré son désir de participer au programme au cours de celle-ci.

But et objectifs.

Le but, l'objectif distal, l'objectif intermédiaire ainsi que les objectifs généraux du programme n'ont pas été modifiés. Cependant, certains objectifs spécifiques ont été reformulés afin qu'ils opérationnalisent mieux les objectifs généraux. Les reformulations étaient mineures et n'ont aucunement contraint l'animatrice à modifier le contenu du programme ou les stratégies de gestion des apprentissages ciblées au départ.

Programme et contenu (conformité).

Peu de changements ont été apportés au contenu proprement dit du programme d'intervention. Tous les thèmes prévus ($n=4$) ont été abordés et la totalité des ateliers des deux volets (individuel et de groupe) du programme a été réalisée. Cependant, un atelier du volet individuel n'a été que partiellement complété avec une participante ($n^{\circ} 1$) puisqu'il s'agissait d'une reprise ayant eu lieu une heure avant un atelier de groupe. Comme le temps était limité pour la réalisation de cet atelier individuel, l'animatrice a seulement fait les activités les plus importantes à l'atteinte des objectifs avec la participante.

Le taux de conformité moyen des ateliers du volet individuel ($n=5$) est de 64% ($1,28/2$). Le deuxième atelier de ce volet est celui qui démontre le plus haut taux de conformité ($90\%= 1,8/2$) pour l'ensemble des participants. Le taux de conformité moyen des ateliers du volet de groupe ($n=6$) est de 42% ($0,83/2$) et seul l'avant-dernier atelier de ce volet est conforme à 100% ($2/2$). Le taux de conformité moyen des ateliers des deux volets confondus est de 60% ($1,19/2$). McGraw et ses collègues (1994) sont d'avis qu'une conformité de 80% est acceptable puisque des modifications au plan original d'une intervention sont parfois nécessaires afin d'adapter celle-ci à la réalité du milieu dans lequel elle est implantée. L'évaluation de la conformité des ateliers du présent programme démontre toutefois que ce standard n'a pu être atteint.

Les faibles taux de conformité constatés s'expliquent en partie par la procédure d'évaluation utilisée par l'animatrice et, plus particulièrement, par la rigueur des critères établis pour mesurer la conformité des ateliers. En effet, la conformité est évaluée en fonction de tout changement apporté aux principes et aux procédures des ateliers. En ce sens, l'animatrice a relevé les éléments du contenu modifiés, retirés, ajoutés ou omis lors de son évaluation. La majorité des ateliers du programme s'avèrent donc « non conformes » (plus de deux changements apportés aux principes et aux procédures) ou « plus ou moins conformes » (un ou deux changements apportés aux principes et aux procédures), puisque l'intervention auprès des personnes présentant une DI demande des ajustements constants en fonction de leurs besoins, de leurs forces et de leurs limites respectives ainsi qu'en fonction du contexte d'intervention. Lors des ateliers du volet individuel, l'animatrice a également dû apporter quelques changements mineurs pour personnaliser l'intervention en fonction des caractéristiques de chaque participant (p. ex. : capacité de compréhension et d'attention, humeur

du moment, etc.), ce qui constitue le principal avantage de ce volet. De façon générale, les ajouts apportés aux principes et aux procédures avaient pour but d'enrichir le contenu des ateliers et de favoriser l'atteinte des objectifs ainsi que le transfert et la généralisation des acquis chez les participants. Les retraits et les modifications touchaient plutôt des éléments du contenu qui portaient à confusion, qui étaient plus ou moins adaptés pour les participants ou que le temps limité des ateliers ne permettait pas d'aborder. Pendant le programme, l'animatrice a également constaté quelques oublis mineurs, mais ceux-ci ne touchaient jamais le contenu directement lié à l'atteinte des objectifs. Bref, les lacunes constatées sur le plan de la conformité du programme étaient principalement dues à l'attitude flexible de l'animatrice ainsi qu'à sa capacité d'adapter ses interventions en fonction des caractéristiques des participants. De façon générale, l'essentiel du contenu des ateliers du programme a été transmis aux participants et les taux de conformité mentionnés précédemment ne sont probablement pas représentatifs de ceux qui auraient pu être établis à l'aide d'une procédure d'évaluation plus flexible, mais moins rigoureuse que celle utilisée dans le cadre du présent projet.

Contexte temporel et dosage de l'intervention (degré d'exposition).

La durée du programme a été conforme à celle qui était prévue au départ : l'intervention s'est déroulée sur 11 semaines, de la mi-septembre à la fin novembre 2011. Les durées respectives des périodes de sensibilisation au programme, du recrutement et du prétest ont également respecté la planification initiale. Un post-test a toutefois été fait en janvier 2012, car une participante du groupe contrôle (n° 8) n'a pu se présenter à son rendez-vous à la mi-décembre 2011.

La durée moyenne des ateliers du volet individuel n'a pas été conforme à ce qui était prévu au départ. En effet, les ateliers individuels duraient en moyenne 57 minutes alors qu'ils devaient durer entre 30 et 45 minutes au maximum. Cet écart peut s'expliquer, d'une part, par le fait que les participants éprouvaient parfois des difficultés de compréhension et d'attention qui ont été sous-estimées par l'animatrice au départ. Notamment, les participants nécessitaient davantage d'explications et de clarifications que prévu lors de la réalisation des activités. D'autre part, l'animatrice était sensible au désir d'expression verbale des participants ainsi qu'au transfert et à la généralisation des acquis. Elle prolongeait donc souvent les périodes de discussions prévues au contenu des ateliers lorsque les propos des participants étaient en lien avec les habiletés ciblées par

le programme. L'horaire hebdomadaire des ateliers individuels a toutefois été respecté. La durée des ateliers du volet de groupe a été plutôt conforme (± 10 minutes) à ce qui était prévu, avec une durée moyenne de 99 minutes. Cependant, un des ateliers de groupe a eu lieu un mercredi après-midi plutôt qu'un mardi matin à cause d'une contrainte d'horaire de l'animatrice. Ce changement a obligé un participant à s'absenter.

En ce qui concerne l'assiduité, les cinq participants du groupe expérimental se sont présentés à tous les ateliers du volet individuel (taux d'assiduité de 100%). Un participant (n° 3) s'est présenté à la totalité des ateliers du volet de groupe, trois participants (n° 1, n° 2, n° 4) se sont présentés à cinq ateliers sur six, tandis qu'un participant (n° 5) s'est présenté à la moitié des ateliers. Le taux d'assiduité moyen des participants pour le volet de groupe est donc de 80% (4,8/6), ce qui constitue un taux acceptable selon McGraw et ses collègues (1994). Pour l'ensemble des ateliers du programme, les participants se sont présentés en moyenne à 10 ateliers sur 11, ce qui représente un taux d'assiduité plus qu'acceptable (91%). Les principaux motifs d'absence nommés par les participants étaient des rendez-vous médicaux de dernière minute, des contraintes d'horaires ou de simples oublis.

La constance avec laquelle les participants ont fait les exercices demandés entre les ateliers individuels et de groupe est considérée ici, même si elle sera également abordée dans la section *Qualité de la participation*. En effet, en complétant les exercices en dehors des ateliers, le participant révise les notions abordées au cours du programme et est donc, de ce fait, exposé à celui-ci. Au total, le programme comprend cinq exercices à réaliser. En moyenne, trois exercices sur cinq ont été complétés par les participants (60%), ce qui est insuffisant par rapport au critère de conformité de 80% ciblé (McGraw et al., 1994). Parmi les participants, un seul (n° 4) a complété tous les exercices alors qu'un autre n'en a réalisé qu'un seul (n° 3).

Stratégies de gestion des apprentissages (moyens de mise en relation).

Les stratégies de gestion des apprentissages ont toutes été respectées, sauf l'apprentissage coopératif, abandonné au cours du programme. En effet, certaines activités prévues aux ateliers du volet de groupe doivent être réalisées en équipe de deux. Toutefois, les participants ont mentionné ne pas se sentir à l'aise avec cette façon de procéder, probablement parce qu'ils ne se connaissaient pas

suffisamment lorsque les activités en question leurs ont été proposées. Ces activités ont donc été réalisées individuellement dans un premier temps et révisées en groupe par la suite. Des modifications mineures ont également été apportées au matériel didactique de quelques ateliers afin qu'il soit mieux adapté aux caractéristiques des participants, plus particulièrement à leur capacité de compréhension. Ces modifications visaient l'atteinte optimale des objectifs. Pour leur part, les stratégies utilisées pour favoriser la rétention des participants ont été conformes à celles qui étaient prévues au départ et se sont avérées très utiles dans le cadre de ce programme.

Système de responsabilités.

Des changements mineurs ont été apportés au système de responsabilités au cours des ateliers du volet de groupe. En effet, il est arrivé que certains participants ne se voient pas octroyer de responsabilités en raison du fait qu'ils étaient arrivés quelques minutes en retard à un atelier. Certains participants ont également conservé la même responsabilité d'un atelier de groupe à l'autre, car ils se sentaient à l'aise de l'assumer. Il n'y a donc pas eu, tel que prévu, rotation des responsabilités entre les participants d'un atelier à l'autre.

Évaluation formelle des autres composantes retenues.

La qualité de la mise en application (degré de satisfaction des participants).

Le degré de satisfaction des participants a été évalué auprès de ceux-ci à chaque atelier auquel ils se sont présentés. Le degré de satisfaction moyen des participants pour les ateliers du volet individuel est de 2,72 sur 3. Selon l'échelle d'évaluation utilisée par l'animatrice, les participants se sont avérés « très satisfaits » des ateliers de ce volet. De plus, leur degré de satisfaction moyen varie très peu d'un atelier à l'autre. Le degré de satisfaction moyen des participants pour les ateliers du volet de groupe est de 2,66 sur 3, ce qui démontre que les participants ont aussi été « très satisfaits » des rencontres de groupe. Ici aussi, les scores moyens diffèrent peu d'un atelier à l'autre, sauf pour le deuxième atelier de groupe pour lequel les participants ont été en moyenne « satisfaits » plutôt que « très satisfaits » (score moyen de 2 sur 3). Pour tous les ateliers confondus, le degré de satisfaction moyen des participants est de 2,69 sur 3, ce qui laisse croire qu'ils ont été « très satisfaits » des rencontres du programme. Il est toutefois possible que des biais liés à la désirabilité sociale chez les

participants aient eu une influence sur les mesures auto-rapportées de leur degré de satisfaction au cours des ateliers du programme. Il faut donc interpréter les résultats précédents avec précaution.

Suite au dernier atelier du programme, trois des cinq participants (n° 1, n° 2, n° 4) du groupe expérimental ont participé à l'entrevue de satisfaction. Les éléments qui suivent sont ceux que les participants ont soulevés à l'unanimité lors de l'entrevue. Il faut toutefois les interpréter avec précaution puisque l'entrevue a eu lieu en contexte de groupe et que les participants ont pu s'influencer dans leurs réponses. Lorsque l'étudiante leur a demandé s'ils avaient aimé participer au programme, les participants ont tous répondu par l'affirmative. Ceux-ci ont également affirmé qu'ils participeraient à un autre programme semblable si l'occasion se présentait. Les participants ont dit avoir préféré les ateliers du volet individuel aux ateliers de groupe puisqu'ils se sentaient plus à l'aise de s'exprimer dans ce contexte. Cela peut expliquer pourquoi le degré de satisfaction moyen des participants est un peu plus élevé pour les ateliers de ce volet. Les participants ont affirmé avoir apprécié l'animation des ateliers et le fait que l'animatrice semblait toujours à l'aise et en confiance dans son rôle. Les participants ont aussi apprécié l'attitude ouverte, flexible, chaleureuse et respectueuse de l'animatrice ainsi que sa capacité d'écoute tout au long du programme. En effet, ces derniers ont dit qu'ils ne se sentaient jamais jugés par l'animatrice et trouvaient facile de s'exprimer auprès d'elle. Les trois participants ont souligné la pertinence des exercices à faire entre les ateliers individuels et de groupe, même s'ils étaient parfois difficiles à réaliser sans la présence et le soutien de l'animatrice. Les participants ont aimé le local dans lequel ont eu lieu les ateliers ainsi que les incitatifs qui leurs étaient fournis au cours du programme. Les participants ont toutefois souligné la durée parfois trop longue des ateliers de groupe. En effet, cette longueur a eu une incidence sur leurs capacités d'attention et de concentration. De façon générale, les participants ont apprécié l'ambiance des ateliers. Ils ont tous affirmé se sentir très fiers d'avoir participé au programme jusqu'à la fin et ont ajouté que ce qui a été abordé durant les ateliers leur servira dans le futur. En effet, les participants se sont sentis concernés par les habiletés ciblées par le programme et ont dit que celui-ci les a aidés à briser leur isolement et à prendre confiance en leurs capacités.

La qualité de la participation.

Tel que mentionné précédemment, les participants ont complété, en moyenne, trois exercices sur cinq, ce qui correspond à 60% des exercices demandés au cours du programme. Ce pourcentage est

insuffisant selon le critère de conformité proposé par McGraw et ses collègues (1994). Les motifs pour lesquels les participants n'ont pas complété les exercices avaient trait à des oublis ou à des difficultés liées à la compréhension des consignes données. Très peu de comportements perturbateurs ou inadéquats ont été observés au cours du programme. En effet, pour l'ensemble des ateliers et pour tous les participants confondus, le score moyen se rapproche de 0, ce qui correspond à l'énoncé « jamais » sur la grille d'observation utilisée pour évaluer cette composante. La moyenne des scores d'un seul participant (n° 3) se rapproche de 1 pour les ateliers individuels et de groupe, ce qui correspond à l'énoncé « parfois » dans la grille d'observation. Cela signifie qu'au cours des ateliers, le participant a démontré, en moyenne, un ou deux comportements inadéquats ou perturbateurs. Les résultats quant à la qualité de la participation des participants doivent être interprétés avec précaution parce qu'aucun accord inter-juges n'a été établi pour évaluer cette composante de la mise en œuvre. Pour tous les ateliers et pour tous les participants, la qualité de la participation moyenne se situe près de 3 sur 4, ce qui correspond à une qualité « satisfaisante » sur l'échelle d'évaluation utilisée par l'animatrice. Un participant (n° 5) a toutefois démontré une qualité de la participation « plutôt satisfaisante » (score moyen de 2 sur 4) lors des ateliers du volet de groupe. Il en est de même pour une participante (n° 1) lors des ateliers du volet individuel (score moyen de 2,4 sur 4).

La différenciation de programme.

Tous les participants du groupe expérimental ont été exposés à d'autres services professionnels et/ou ont participé à des activités de réinsertion sociale ou en milieu de travail pendant la durée du programme (moyenne de trois services ou activité par participant). Quatre participants (n° 1, n° 2, n° 3, n° 5) sur cinq ont bénéficié d'un suivi psychoéducatif ponctuel au CLSC. De ces quatre participants, une participante (n° 1) a également pris part, une fois par semaine, à des activités de loisirs dans la communauté et a bénéficié d'un suivi psychosocial quotidien à domicile. Une autre participante (n° 2) a été suivie chaque semaine par un éducateur spécialisé du CRDI-TED de Montréal et a fait l'objet d'un suivi médical au CLSC. Le participant n° 3 a bénéficié d'un suivi médical au CLSC alors que le participant n° 5 a entamé un travail comme concierge dans un organisme de réinsertion à l'emploi en plus de profiter du soutien bimensuel d'une intervenante communautaire pour la gestion de son budget. Ce même participant a également commencé à faire l'objet d'un suivi psychosocial dans un autre CLSC vers la fin du programme. Le participant n° 4 a

participé à une activité bimensuelle de cuisine et a bénéficié du soutien hebdomadaire d'une intervenante communautaire pour la gestion de son budget.

La majorité des participants du groupe contrôle ont aussi bénéficié de services professionnels et/ou ont participé à des activités supplémentaires en dehors du programme (moyenne de deux services ou activité par participant). Quatre participants (n° 6, n° 7, n° 9, n° 10) sur cinq ont fait l'objet d'un suivi psychoéducatif ponctuel au CLSC. La participante n° 7 a aussi participé à une activité bimensuelle de cuisine tout en étant en contact avec les intervenants d'un organisme venant en aide aux travailleuses du sexe ainsi qu'avec les policiers du SPVM en cas de danger. Le participant n° 9 était sous un régime de protection (curatelle publique) et le participant n° 10 était suivi chaque semaine dans un hôpital de Montréal. Finalement, la participante n° 8 n'a bénéficié d'aucun service professionnel et d'aucune activité en dehors du programme.

Jugement global sur la conformité.

À la suite de l'évaluation de chacune des composantes de la mise en œuvre, il est possible de juger l'ensemble de la conformité du programme d'intervention. Quelques composantes de la structure d'ensemble (Gendreau, 2001) n'ont subi aucun changement par rapport au plan initial tandis que d'autres ont été légèrement modifiées. Les critères d'inclusion et d'exclusion n'ont pas tous été respectés lors de la sélection des participants. En effet, ces critères ont même dû être élargis en raison des difficultés liées au recrutement, ce qui a créé davantage de différences entre les caractéristiques des participants des deux groupes. Le critère proposé par McGraw et ses collègues (1994) exigeant une conformité de 80% n'a pas été atteint en ce qui a trait à la conformité du programme. Il faut toutefois interpréter avec prudence les résultats obtenus pour cette composante étant donnée la rigueur des critères d'évaluation utilisés par l'animatrice. Aucun participant n'a quitté le programme, toutes les thématiques planifiées ont été abordées et tous les ateliers prévus ont été réalisés. Le contexte temporel et le dosage de l'intervention ont été quelque peu différents de ce qui était planifié initialement. En effet, la durée moyenne des ateliers individuels a été plus longue que prévu et une participante du groupe contrôle (n° 8) a fait son post-test en janvier plutôt qu'en décembre. Les participants ont toutefois complété les ateliers avec un taux d'assiduité élevé, ce qui signifie que le programme répondait à leurs besoins. De plus, ils ont rapporté des degrés de satisfaction élevés tout au long du programme. Certains participants ont réalisé les exercices entre les

ateliers individuels et de groupe de façon peu constante, ce qui a diminué leur degré d'exposition au programme en plus d'avoir un effet sur la qualité de leur participation. Peu de comportements inadéquats ont été observés chez les participants au cours du programme. De plus, la qualité de la participation proprement dite de ceux-ci a été somme toute satisfaisante, même si elle doit être considérée avec précaution, car elle n'a pas été évaluée avec un accord inter-juges. Finalement, certains débordements spécifiques du programme ayant touché la plupart des participants du groupe expérimental et du groupe contrôle ont été constatés. De façon générale, le programme a été plutôt conforme à ce qui était prévu et les modifications apportées à certaines de ses composantes avaient toujours pour but d'adapter l'intervention aux caractéristiques des participants et de favoriser l'atteinte des objectifs ciblés au départ.

Implication eu égard à l'évaluation des effets.

Comme la mise en œuvre de l'intervention s'est avérée plutôt adéquate et que les modifications qui y ont été apportées étaient utiles et pertinentes, il est probable que le programme ait contribué aux effets obtenus. Les difficultés de compréhension, d'attention, de lecture et d'écriture de certains participants peuvent avoir nui à leur intégration des notions abordées durant le programme ainsi qu'à la validité des résultats aux évaluations. De plus, la durée parfois trop longue de certains ateliers peut avoir influencé négativement les capacités de concentration et d'attention des participants lors des tâches et, ainsi, avoir diminué les effets de l'intervention. Toutefois, comme la durée était souvent prolongée parce que l'animatrice prenait du temps supplémentaire pour donner des explications sur les tâches à réaliser ou pour discuter plus amplement des habiletés avec les participants, il est possible que cela ait contribué de façon positive à l'atteinte des objectifs. De plus, comme les participants ont participé au programme avec beaucoup d'assiduité, ils ont été suffisamment exposés au programme, ce qui peut également avoir influencé l'atteinte des objectifs. Le taux d'absentéisme plus élevé d'un participant (n° 5) aux ateliers du volet de groupe a toutefois diminué la probabilité qu'il atteigne les objectifs. Le fait que les exercices à faire entre les ateliers individuels et de groupe aient été peu réalisés ou mal compris par certains participants peut aussi avoir diminué l'effet du programme. En effet, ces exercices ont pour but d'augmenter l'exposition au programme, et de favoriser le transfert et la généralisation des acquis. De façon inverse, certains participants ont fait la plupart des exercices demandés, ce qui a pu avoir une incidence positive sur leurs résultats individuels. Comme elle a eu peu de comportements perturbateurs ou inadéquats à gérer au cours des

ateliers, l'animatrice a pu se concentrer sur l'essentiel, soit l'enseignement des habiletés ciblées par le programme, ce qui peut avoir influencé les effets obtenus. Il est peu probable que la présence plus importante de comportements perturbateurs ou inadéquats chez un participant (n° 3) ait influencé l'effet du programme. En effet, selon les observations directes de l'animatrice, ces comportements ne semblaient pas déranger la performance ou la disponibilité des autres participants lors des ateliers. De plus, la satisfaction des participants quant aux ateliers a sans doute eu une incidence sur leur assiduité dans le cadre du programme ainsi que sur la qualité de leur participation. Les participants étaient effectivement disponibles à recevoir et à intégrer du contenu à chaque atelier, démontraient de l'intérêt quant aux habiletés travaillées et faisaient preuve de persévérance. Ces facteurs ont sans doute influencé positivement les effets du programme. L'entrevue de satisfaction a permis de constater que les compétences cliniques de l'animatrice ont eu une incidence positive sur les participants et qu'elles peuvent donc avoir eu une influence positive sur les effets du programme. Il est également possible que les services professionnels ou les activités dont ont bénéficié les participants du groupe expérimental et du groupe contrôle parallèlement au programme aient influencé les effets de celui-ci. Toutefois, il serait difficile, dans le cadre de cette étude, de départager quelle intervention a eu plus d'impact que les autres pour chaque participant. La différenciation de programme est cependant une composante qui a pu avoir une incidence sur la validité interne des effets du programme (expérience vécue des sujets). De façon générale, la non-conformité de certaines composantes de la mise en œuvre peut avoir diminué l'effet du programme et ainsi, confondre l'interprétation des résultats. De plus, ces défaillances sur le plan de la conformité ont pu influencer la validité externe de l'intervention et, par conséquent, la possibilité de généraliser les résultats.

3.2. Évaluation des effets

Stratégies d'analyse employées.

L'efficacité du présent programme a été évaluée à l'aide de questionnaires complétés par les participants du groupe expérimental et du groupe contrôle avant et après l'intervention. Un questionnaire maison a permis d'évaluer l'atteinte des objectifs proximaux (généraux et spécifiques) ciblés par l'intervention tandis que la version pour adultes de l'*Échelle d'autodétermination* du LARIDI (Wehmeyer et al., 2001) a permis d'évaluer l'atteinte de l'objectif intermédiaire. Les

objectifs distaux n'ont toutefois pas été évalués étant donné certaines contraintes temporelles liées à la fin du stage de l'animatrice.

Les scores obtenus aux deux questionnaires ont fait l'objet d'analyses de covariance univariées (ANCOVA) (Pallant, 2007). Celles-ci consistent à comparer les résultats des participants du groupe expérimental à ceux des participants du groupe contrôle pour chacune des variables dépendantes retenues, c'est-à-dire les objectifs proximaux et intermédiaire ciblés par l'intervention. Les scores obtenus au prétest servent de covariables pour rectifier le manque d'équivalence des groupes. Cela permet de vérifier si les résultats sont réellement dus à l'intervention (variable indépendante) ou à des différences préexistantes entre les groupes. En somme, les ANCOVA permettent de déterminer si les moyennes de chaque groupe au post-test sont significativement différentes au plan statistique après un contrôle initial des scores au prétest. Cette stratégie d'analyse est particulièrement utile lorsque les groupes sont de petite taille et lorsqu'il n'a pas été possible d'assigner les participants de façon aléatoire dans chaque groupe comme c'est le cas pour le protocole utilisé dans la présente étude.

Les scores utilisés pour déterminer l'atteinte de l'objectif général 3 ont été composés de plusieurs scores mesurés par différentes échelles (objectifs spécifiques 3a et 3b) qui étaient suffisamment corrélées ($r=0,64$, $n=10$, $p=0,04$). En effet, ces scores ont été transformés en scores z, ce qui a permis de les mettre sur une même échelle afin de créer des scores totaux (scores composés). Les objectifs généraux 1 et 4 n'ont pas été évalués de la même manière que l'objectif général 3 puisque les échelles permettant de les mesurer n'étaient pas suffisamment corrélées pour créer des scores composés valides. Les objectifs généraux 1 et 4 ont donc été évalués de façon qualitative en fonction de l'atteinte des objectifs spécifiques servant à les opérationnaliser. L'objectif général 2, quant à lui, n'a pas été évalué d'une part, parce que le construit (conscience de soi) ciblé par celui-ci est trop abstrait et global et, d'autre part, parce qu'un seul objectif spécifique (2a) permet de l'opérationnaliser.

Le test de *Levene* sur l'égalité des variances a été réalisé de façon préalable pour chacun des objectifs évalués. Ce test permet de savoir si la variance entre les deux groupes est égale et si la relation entre le prétest et le post-test pour les deux groupes est la même (hypothèse nulle). Si tel

n'est pas le cas, il se peut que le prétest interagisse avec l'intervention. En effet, pour ce test, un score plus petit que 0,05 est significatif et démontre que le postulat du test n'a pas été respecté, qu'il faut rejeter l'hypothèse nulle et remettre en question la validité de l'ANCOVA effectuée.

Des résultats descriptifs (moyennes et écarts-types) ont également été générés pour chaque objectif évalué au prétest et au post-test pour le groupe expérimental et le groupe contrôle.

Rappelons que les personnes qui présentent une DI ont tendance aux biais de désirabilité sociale lorsqu'elles complètent des questionnaires (Carrier & Fortin, 1994). C'est pourquoi les participants des deux groupes ont été évalués à l'aide d'une échelle mesurant ce construit (version traduite en français du *Brief Social Desirability Scale* (Hays et al., 1989)) avant l'intervention. Cette évaluation a été faite pour s'assurer de la validité des réponses des participants aux autres questionnaires administrés au prétest et au post-test. Un test-t à groupes indépendants a donc été effectué afin de vérifier si les scores des participants du groupe expérimental étaient différents de ceux du groupe contrôle en ce qui a trait à la désirabilité sociale. Le test a démontré que les deux groupes n'étaient pas différents sur le plan de la désirabilité sociale avant l'intervention ($T(8)=1,82, p=0,35$). De plus, les ANCOVA réalisées en intégrant cette variable ont révélé que celle-ci ne contribuait pas à expliquer la variance pour les objectifs mesurés au post-test. Par conséquent, la désirabilité sociale a été supprimée du modèle statistique final afin de maximiser la puissance statistique des ANCOVA.

Résultats.

La partie qui suit est divisée en deux sous-sections : (a) les résultats obtenus pour les objectifs proximaux (généraux et spécifiques) ciblés par l'intervention et (b) les résultats obtenus pour l'objectif intermédiaire ciblé par l'intervention.

Le tableau 15 présente les moyennes et les écarts-types pour chaque objectif ciblé par l'intervention, pour le groupe expérimental et le groupe contrôle, au prétest et au post-test. Le tableau 16 présente, d'une part, les résultats aux ANCOVA et, d'autre part, les moyennes ajustées en fonction de l'influence du prétest pour chaque objectif ciblé par l'intervention, pour le groupe expérimental et le groupe contrôle.

Tableau 15 : Moyennes et écarts-types pour chaque objectif ciblé par l'intervention, pour le groupe expérimental et le groupe contrôle, au prétest et au post-test.

Objectifs	Groupe expérimental (n=5)		Groupe contrôle (n=5)	
	Prétest	Post-test	Prétest	Post-test
Objectif spécifique 1a	9,40±2,70	10,80±2,77	6,80±2,17	6,00±2,12
Objectif spécifique 1b	4,20±2,49	4,40±1,82	3,80±1,48	2,80±2,89
Objectif spécifique 2a	4,20±1,79	6,40±2,19	4,40±2,30	4,20±1,30
Objectif général 3 ^a	0,35±0,44	0,24±0,44	-0,35±1,16	-0,24±1,14
Objectif spécifique 3a	5,00±0,00	5,00±0,00	4,40±1,34	4,60±0,89
Objectif spécifique 3b	11,60±3,44	13,20±3,63	8,60±4,04	11,80±4,92
Objectif spécifique 4a	4,00±1,22	4,60±0,55	3,20±1,92	3,20±2,05
Objectif spécifique 4b	1,80±0,45	2,00±0,00	1,80±0,45	1,20±0,84
Objectif spécifique 4c	4,60±1,67	5,20±1,64	3,60±1,52	4,20±1,64
Objectif intermédiaire	79,00±15,70	81,00±16,81	82,80±16,99	91,00±12,86

Note. ^a= scores z.

Tableau 16 : Résultats aux ANCOVA et moyennes ajustées pour chaque objectif ciblé par l'intervention, pour le groupe expérimental et le groupe contrôle.

Objectifs	Groupe expérimental (n=5)	Groupe Contrôle (n=5)	Df	F	P	η_p^2
	MA	MA				
Objectif spécifique 1a						
Prétest			1	5,09	0,06	0,42
Groupe	9,95	6,85	1	4,40	0,07	0,39
Objectif spécifique 1b						
Prétest			1	5,79	0,05	0,45
Groupe	4,26	2,94	1	1,53	0,26	0,18
Objectif spécifique 2a						
Prétest			1	0,04	0,85	0,01
Groupe	6,41	4,19	1	3,31	0,11	0,32

Objectif général 3^a

Prétest			1	16,94	0,00	0,71
Groupe	-0,05	0,05	1	0,08	0,78	0,01
Objectif spécifique 3a						
Prétest			1	----	----	1,00
Groupe	4,80	4,80	1	----	----	----
Objectif spécifique 3b						
Prétest			1	2,66	0,15	0,28
Groupe	12,29	12,71	1	0,02	0,88	0,00
Objectif spécifique 4a						
Prétest			1	21,44	0,00	0,75
Groupe	4,28	3,52	1	2,08	0,19	0,23
Objectif spécifique 4b						
Prétest			1	3,32	0,11	0,32
Groupe	2,00	1,20	1	5,90*	0,05	0,46
Objectif spécifique 4c						
Prétest			1	2,52	0,16	0,27
Groupe	4,94	4,47	1	0,22	0,66	0,03
Objectif intermédiaire						
Prétest			1	8,49	0,02	0,55
Groupe	82,29	89,71	1	1,17	0,32	0,14
Erreur			7			

Notes. ^a= scores z, *p<0,05.

Résultats obtenus pour les objectifs proximaux (généraux et spécifiques) ciblés par l'intervention.

Les ANCOVA réalisées pour évaluer l'atteinte de l'objectif général 3 et des objectifs spécifiques 1b, 2a, 3b, 4a et 4c n'ont pas permis de détecter une différence statistiquement significative entre les résultats du groupe expérimental et ceux du groupe contrôle au post-test. Les analyses ne démontrent donc pas l'efficacité de l'intervention pour ces objectifs.

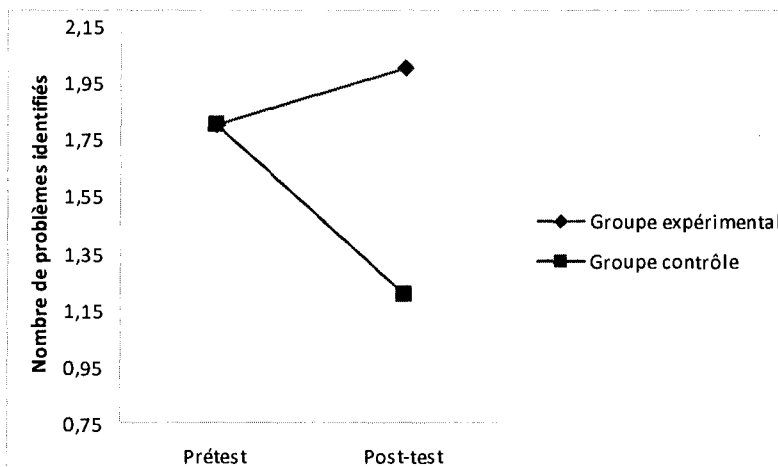
Les résultats obtenus suite aux ANCOVA effectuées pour évaluer l'atteinte de l'objectif 1a tendent à être significatifs ($F(1,7)=4,40$, $p=0,07$, $\eta_p^2=0,39$). En effet, nous observons une amélioration des participants du groupe expérimental en ce qui a trait à leur connaissance de leurs forces et qualités

personnelles dans différents domaines de leur vie. Toutefois, il n'est pas possible de conclure que l'objectif spécifique 1a et l'objectif général 1 ont été atteints.

Tous les participants du groupe expérimental ont eu le score maximal sur l'échelle mesurant l'atteinte de l'objectif spécifique 3a. Par conséquent, l'absence de variance dans les scores des participants de ce groupe n'a pas permis de procéder aux ANCOVA. Il est à noter que quatre participants du groupe contrôle sur cinq ont également eu le score maximal sur l'échelle mesurant l'atteinte de l'objectif spécifique 3a. On ne peut donc pas conclure que cet objectif a été atteint.

Les ANCOVA réalisées pour évaluer l'atteinte de l'objectif spécifique 4b ont démontré une différence statistiquement significative entre les résultats du groupe expérimental et ceux du groupe contrôle au post-test ($F(1,7)=5,90$, $p=0,05$, $\eta_p^2=0,46$). Cette différence permet de conclure que l'intervention a été efficace quant à l'atteinte de cet objectif et que les participants ont amélioré leur capacité à identifier un problème dans une situation donnée (voir figure 1). Selon les barèmes établis par Cohen (1988), la taille de l'effet peut être qualifiée de moyenne puisque l'intervention expliquerait 46% de la variance pour l'objectif ciblé au post-test. Puisque le postulat du test de *Levene* sur l'égalité des variances n'est pas respecté ($p=0,04$), il faut interpréter les résultats avec précaution même si la robustesse des ANCOVA demeure suffisante. Il est possible de conclure que l'objectif général 4 a été partiellement atteint puisqu'un seul des objectifs spécifiques permettant de l'opérationnaliser a été atteint suite à l'intervention. Les participants ont donc amélioré leur capacité à résoudre des problèmes personnels et interpersonnels.

Figure 1 : *Différence entre les résultats au prétest et au post-test des participants du groupe expérimental et de ceux du groupe contrôle pour la capacité à identifier un problème dans une situation donnée.*



Résultats obtenus pour l'objectif intermédiaire ciblé par l'intervention.

Les ANCOVA réalisées pour évaluer l'atteinte de l'objectif intermédiaire ciblé par l'intervention n'ont pas permis de détecter une différence statistiquement significative entre les résultats du groupe expérimental et ceux du groupe contrôle au post-test. L'intervention ne s'est donc pas avérée efficace pour l'atteinte de cet objectif. En effet, les participants du groupe expérimental n'ont pas augmenté leur degré d'autodétermination suite à l'exposition au programme.

Malgré le peu de résultats statistiquement significatifs obtenus dans le cadre de cette étude, force est de constater que le groupe expérimental a quand même obtenu des scores moyens plus élevés au post-test que le groupe contrôle pour tous les objectifs proximaux (généraux et spécifiques) ciblés par l'intervention (voir tableau 15).

4. Discussion

4.1. Jugement quant à l'atteinte des objectifs

La présente étude avait pour but d'évaluer l'efficacité d'un programme d'intervention visant le développement de l'autodétermination chez les adultes à risque d'itinérance présentant une DI. Pour

en arriver à cette fin, deux objectifs distaux, un objectif intermédiaire ainsi que 12 objectifs proximaux (généraux et spécifiques) ont été mis de l'avant. De façon générale, l'intervention a eu une incidence sur la capacité des participants à résoudre des problèmes personnels et interpersonnels. En effet, les résultats aux ANCOVA ont montré que les participants ont significativement amélioré leur capacité à identifier un problème dans une situation donnée à la suite de l'intervention. Il n'est toutefois pas possible de dire que l'intervention a engendré des changements statistiquement significatifs chez les participants en ce qui a trait aux autres objectifs poursuivis.

Une entrevue semi-structurée a cependant été réalisée auprès de l'intervenant principal de chaque participant à la suite du programme. Cette entrevue cherchait à recueillir les observations des intervenants quant aux changements que le programme aurait pu entraîner à court terme chez les participants. Les éléments rapportés doivent être interprétés avec précaution, car ils ne peuvent être considérés comme des résultats statistiquement significatifs et donc, être généralisés à l'ensemble des participants. Voici donc ce qui est ressorti le plus fréquemment lors de cette entrevue. Tout d'abord, les intervenants ont constaté que certains participants s'étaient améliorés au plan de la gestion et de l'identification de leurs émotions. Le programme aurait également eu un effet sur la motivation intrinsèque de certains participants ainsi que sur leur affirmation de soi, leur isolement social, leurs habiletés sociales et leurs capacités de résolution de problèmes. Certains participants ont également développé une perception plus juste de leur soutien social, étaient davantage capables de faire part de leurs préférences et semblaient mieux se connaître. Plus particulièrement, deux participants ont amélioré leur autonomie fonctionnelle au quotidien. Un participant a amélioré sa capacité à prendre des décisions alors qu'un autre a amélioré sa capacité à identifier ses forces et ses limites dans sa vie quotidienne. Plusieurs intervenants ont également souligné le fait que le programme ciblait très bien les besoins des participants.

Des contraintes de temps associées à la fin du stage de l'animatrice l'ont empêché de vérifier si les deux objectifs distaux ciblés par l'intervention ont été atteints. Toutefois, plusieurs observations effectuées auprès des participants au cours du programme et suite à celui-ci permettent d'émettre certaines hypothèses quant à l'atteinte de ces dits objectifs. En effet, plusieurs participants du groupe expérimental ont affirmé avoir vu leur estime de soi, leur sentiment de compétence ainsi que leur perception de soutien social s'améliorer au cours du programme. De plus, le programme les a aidés à

briser leur isolement et à vivre des réussites. Selon une synthèse de la littérature internationale sur la qualité de vie réalisée par Schalock et Verdugo (2002), ces éléments font partie des 24 indicateurs d'une meilleure qualité de vie. Selon des données observationnelles obtenues par l'animatrice, les participants ont également amélioré leurs habiletés sociales, particulièrement en raison des possibilités de socialisation qu'offraient les ateliers de groupe. L'acquisition d'habiletés sociales peut d'ailleurs mener les personnes qui présentent une DI à de meilleures conditions de vie et à une plus grande inclusion sociale (Nota & Soresi, 2004). Sans conclure avec certitude que le premier objectif distal a été atteint, il est possible de penser que la qualité de vie des participants a pu s'améliorer à la suite de leur participation au programme. Selon d'autres données observationnelles, aucun des participants du groupe expérimental ne s'est retrouvé en situation d'itinérance pendant l'intervention, ni durant les trois mois qui ont suivi la fin de celle-ci. On peut donc émettre l'hypothèse selon laquelle l'intervention a pu avoir une incidence sur l'atteinte du deuxième objectif distal, soit l'évitement d'un retour vers l'itinérance chez les participants. Tel que postulé au départ, il se peut que l'autodétermination constitue un facteur de protection de l'itinérance, même si cela n'a pas été démontré dans le cadre de la présente étude.

Les observations réalisées auprès des participants pendant et à la suite de l'intervention permettent de dire que celle-ci a pu influencer certains facteurs de risque (notamment le faible soutien social, l'isolement social, les déficits au plan des habiletés sociales et la faible estime de soi) et de protection (notamment, les stratégies de *coping* efficaces et les stratégies d'ajustements psychosociaux) de l'itinérance ciblés dans la chaîne prédictive sous-jacente à la conception du programme. Dans cette perspective, le choix de l'intervention semble justifié au sein de cette chaîne prédictive.

4.2. Liens entre les résultats, les composantes de l'intervention et/ou le contexte théorique

Les effets proximaux de l'intervention ont été évalués par l'animatrice qui a procédé au décodage audiovisuel de chaque atelier du programme. Pendant le visionnement des ateliers, l'animatrice complétait une grille d'observation pour chaque participant. Cette grille d'observation portait sur l'acquisition de l'habileté travaillée durant l'atelier en question. Certains éléments provenant de cette source d'évaluation méritent d'être mentionnés afin d'appuyer les résultats obtenus.

Pour l'habileté « connaissance de soi », le participant devait nommer ses forces et ses limites dans différents domaines de sa vie quotidienne. Tous les participants ont eu plus de facilité à réaliser cette tâche durant les ateliers qu'en remplissant les questionnaires avant et suite au programme. En effet, lors des périodes d'évaluation, les participants avaient un temps limité pour nommer leurs forces et leurs limites. Ils devaient également le faire sans le soutien de l'animatrice alors que ce n'était pas le cas lors des ateliers durant lesquels des domaines de vie leurs étaient suggérés. Pendant l'atelier de groupe sur cette thématique, les participants avaient aussi tendance à s'influencer dans leurs réponses et à nommer les mêmes forces et limites, ce qui a pu nuire à l'intégration de l'habileté ciblée. En effet, la tendance à l'imitation et la répétition d'un discours entendu sont chose fréquente chez les personnes qui présentent une DI (Juhel, 1997).

En ce qui concerne l'habileté « conscience de soi », il faut mentionner que certains concepts y étant liés étaient abstraits pour certains participants, notamment ceux d'émotion et de pensée. Il était donc difficile pour eux de bien distinguer et de définir les éléments relatifs à la conscience de soi (comportement, émotion, pensée). Cette difficulté de compréhension a sans doute nui à l'atteinte de l'objectif spécifique ciblé pour ce thème, sans compter que les personnes qui présentent une DI ont tendance à raisonner en fonction de réalités concrètes (Guillemette & Boisvert, 2003).

Pour l'habileté « connaissance de ses préférences », il est difficile de savoir si les participants nommaient leurs préférences réelles lors des ateliers et lors des périodes d'évaluation ou s'ils ne faisaient que nommer un élément parmi tant d'autres. Ici encore, il est arrivé que les participants s'influencent dans leurs réponses lors de l'atelier de groupe sur ce thème (nommaient les mêmes préférences ou les mêmes justifications). Cela peut peut-être expliquer en partie pourquoi les participants n'ont pas atteint les objectifs liés à cette habileté.

Finalement, en ce qui a trait à l'habileté « résolution de problèmes personnels et interpersonnels », il faut dire que les participants ont démontré une certaine facilité à identifier un problème dans une situation donnée lors des quatre ateliers dédiés à ce thème ainsi que lors des périodes d'évaluation. C'est sans doute pourquoi un résultat statistiquement significatif a été obtenu pour cet objectif.

Les ateliers ont permis de constater certaines forces et difficultés chez les participants. Il est important de les mentionner puisqu'elles peuvent avoir eu une influence sur les résultats obtenus. Tout d'abord, il faut dire que les participants ont fait les activités proposées lors du programme avec sérieux. Certains participants devenaient toutefois facilement découragés devant les tâches plus difficiles. L'animatrice devait donc offrir un soutien adéquat et personnalisé à chaque participant afin qu'il n'abandonne pas les tâches qui demandaient plus d'efforts. La majorité des participants avaient aussi des difficultés de concentration et d'attention. De plus, certains participants attendaient passivement les réponses des autres lors des ateliers de groupe, ce qui a pu avoir une influence sur leur acquisition des habiletés ciblées par le programme. Les participants se sont toutefois investis davantage et participaient plus activement lors des ateliers au fur et à mesure que le programme avançait. Cela peut justifier pourquoi un résultat statistiquement significatif a été obtenu pour un objectif de l'habileté «résolution de problèmes personnels et interpersonnels » qui a été travaillée lors des quatre derniers ateliers du programme.

Certains biais de sélection des participants ont été constatés dans le cadre de la présente étude. En effet, les participants du groupe contrôle et ceux du groupe expérimental différaient sur plusieurs caractéristiques. D'une part, les participants du groupe contrôle ont éprouvé davantage de difficultés de compréhension et d'attention que les participants du groupe expérimental au moment de compléter les questionnaires. D'autre part, deux participants du groupe contrôle ne savaient ni lire, ni écrire, ce qui a pu biaiser leurs réponses aux différentes sources de mesure puisqu'ils ne pouvaient répondre aux questions que verbalement. De façon générale, les participants du groupe contrôle éprouvaient davantage de difficultés d'adaptation (p. ex. : santé mentale, toxicomanie, prostitution) que ceux du groupe expérimental et avaient de plus faibles capacités d'introspection. Bref, ces aspects doivent être pris en considération en ce qui a trait aux résultats obtenus puisqu'ils peuvent expliquer pourquoi les participants du groupe expérimental ont eu des résultats plus élevés que ceux du groupe contrôle.

Le fait de n'avoir eu qu'un petit échantillon de participants ($n=10$) dans le cadre de cette étude peut avoir influencé les résultats obtenus au plan statistique. En effet, plus les groupes ciblés par un protocole quasi-expérimental sont petits, plus il est difficile de détecter des différences statistiquement significatives entre ceux-ci. Il ne faudrait toutefois pas inclure trop de participants

lors d'une éventuelle implantation du programme, particulièrement en raison des ateliers du volet de groupe. En effet, le nombre de participants dans le groupe expérimental ($n=5$) était idéal puisqu'il permettait à l'animatrice de bien partager son attention et de fournir un soutien adéquat à chaque personne présente aux ateliers. L'intégration d'un coanimateur serait donc souhaitable si davantage de participants étaient inclus lors d'une éventuelle implantation du programme.

Puisqu'aucun participant n'a quitté le programme et que peu d'absences ont été constatées lors des ateliers (taux d'assiduité élevé), il est possible de penser que les stratégies de communication (p. ex. : appels téléphoniques, horaire personnalisé) ainsi que le système de reconnaissance utilisés par l'animatrice pour favoriser la rétention des participants ainsi que leur degré d'exposition au programme ont pu influencer les résultats obtenus de façon positive. À titre d'exemple, aucun participant ne s'est absenté lors des ateliers sur la résolution de problèmes personnels et interpersonnels. Cela peut donc expliquer pourquoi un objectif de cette thématique a été atteint. De plus, comme aucun participant n'a abandonné le programme, la puissance statistique des analyses réalisées était optimale.

La rétention des participants et leur exposition au programme ont sans doute été favorisées par le degré de satisfaction moyen élevé des participants qui est resté constant tout au long de l'intervention. Cette satisfaction démontre également que le programme répondait bien aux besoins des participants et constitue un indice quant à la désirabilité de l'intervention chez la clientèle ciblée par celle-ci.

L'absence de résultats statistiquement significatifs pour la majorité des objectifs poursuivis peut être due au contenu trop dense du programme pour le nombre d'ateliers planifiés. En effet, seulement deux ateliers étaient consacrés à chaque habileté ciblée, à l'exception de l'habileté « résolution de problèmes personnels et interpersonnels », à laquelle étaient consacrés quatre ateliers. L'unique résultat statistiquement significatif obtenu touche d'ailleurs un objectif en lien avec cette habileté, probablement parce que celle-ci a été travaillée avec davantage d'intensité. Compte tenu des difficultés d'apprentissage (Dumas, 2007) fréquentes chez les personnes qui présentent une DI, le nombre d'ateliers consacrés à l'intégration de chaque habileté était insuffisant. En effet, la répétition est essentielle avec cette clientèle si l'on souhaite engendrer des changements significatifs (Hudson,

Krain, & Kendall, 2001). Toujours en ce qui concerne la composante « temps » du programme, il est arrivé que certains ateliers durent plus longtemps que prévu. Il est donc possible que la durée trop longue de certains ateliers ait nui à l'attention et à la concentration des participants et ainsi, à leur acquisition des habiletés ciblées par le programme. Rappelons que les capacités d'attention et de concentration des personnes qui présentent une DI sont plus limitées que chez les personnes n'ayant pas de limites intellectuelles (Lessard, 1993).

Les moyens de gestion des apprentissages choisis pour favoriser l'intégration des habiletés ciblées par le programme se sont avérés adaptés aux forces, aux limites et aux besoins des participants. Ces moyens constituent d'ailleurs un des avantages du programme. En effet, les activités proposées lors des ateliers constituaient des défis significatifs pour les participants et leur faisaient vivre des réussites, ce qui a pu avoir un impact positif sur leurs résultats au post-test. Un autre avantage du programme est le fait qu'il comporte deux volets, soit un volet individuel et un volet de groupe. En effet, le volet individuel permet la personnalisation de l'intervention tandis que le volet de groupe permet le transfert et la généralisation des acquis chez les participants qui revoient les mêmes notions d'une semaine à l'autre, mais dans deux contextes différents. Cet autre avantage a également pu avoir une incidence sur l'intégration des notions chez les participants ainsi que sur leurs résultats au post-test. La littérature révèle d'ailleurs que les programmes multimodaux sont les plus efficaces (Ma, Stewin, & Mah, 2001). Les techniques d'intervention utilisées par l'animatrice étaient également adaptées aux caractéristiques des participants, particulièrement les renforcements positifs qui étaient fréquents afin d'encourager l'apparition des comportements et des habiletés souhaités (Skinner, 2008).

La proximité géographique du lieu des ateliers est un autre avantage du programme. En effet, cette proximité a favorisé la rétention des participants dans le programme ainsi que leur exposition à celui-ci. Il est donc possible que cette composante ait eu un impact positif sur l'atteinte des objectifs ciblés par l'intervention.

Les exercices à réaliser entre les ateliers constituaient un bon moyen de transfert et de généralisation des acquis, même si certains des participants en ont fait peu et que cela a limité leur exposition au programme. De façon générale, les stratégies de transfert et de généralisation des acquis n'ont pas

été optimales dans le cadre de ce programme en raison du fait que les personnes qui présentent une DI éprouvent souvent plus de difficulté à généraliser que la moyenne des gens puisqu'elles ont tendance à raisonner en fonction de réalités concrètes (Guillemette & Boisvert, 2003).

Peu de comportements perturbateurs ont été observés au cours des ateliers, ce qui a permis à l'animatrice et aux participants de se concentrer sur l'essentiel, soit l'apprentissage des habiletés ciblées par le programme. De façon générale, la qualité de la participation s'est avérée satisfaisante lors des ateliers, ce qui a également pu avoir un effet positif sur les résultats obtenus. Il faut toutefois considérer cet aspect avec précaution étant donné que la source de mesure permettant d'évaluer la qualité de la participation des participants n'était pas idéale puisqu'aucun accord inter-juges n'a été réalisé.

Le fait que l'animatrice connaissait la plupart des participants du groupe expérimental avant l'implantation du programme a sans doute favorisé l'établissement d'une relation de confiance entre les deux parties. Les participants ont d'ailleurs affirmé avoir apprécié les habiletés d'animation de l'animatrice lors des ateliers. L'animatrice a aussi fait un effort constant pour adapter son vocabulaire et son discours aux capacités de compréhension (p. ex. : donner des exemples concrets, reformuler, clarifier, etc.) des participants au cours des ateliers. En effet, cette adaptation est très importante auprès de personnes présentant une DI si l'on souhaite qu'elles intègrent les apprentissages de façon optimale. L'ambiance des ateliers, qui était chaleureuse, conviviale et sécurisante, a sans doute eu un effet sur la rétention des participants ainsi que sur les apprentissages réalisés.

Les personnes ayant des limites intellectuelles ont généralement de plus faibles degrés d'autodétermination que leurs pairs sans incapacités (Lachapelle et al., 2005). Compte tenu de la courte durée du programme et donc, de sa faible intensité, il n'est pas surprenant de constater que le degré d'autodétermination respectif des participants n'ait pas augmenté suite au programme. Les résultats obtenus correspondent donc assez bien à ce qui était attendu.

4.3. Avantages et limites de l'intervention

Avantages.

Le principal avantage du programme est qu'il répond bien aux besoins de la clientèle ciblée. En effet, l'autodétermination est identifiée comme une sphère cruciale pouvant mener à des résultats de vie plus positifs chez les personnes ayant une DI (Wehmeyer, 1997). L'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2010) a d'ailleurs fait de l'autodétermination un de ses objectifs principaux.

Le programme s'avère également une porte d'entrée pour l'élaboration de futurs programmes portant sur le développement de l'autodétermination chez les adultes ayant une DI et étant à risque d'itinérance. En effet, il n'existe pas encore de programme pour cette clientèle précise dans la littérature, ce qui fait que le programme est novateur. La mise en œuvre de l'intervention aura aussi servi d'étude pilote dans le milieu de stage de l'animatrice pour l'implantation du même programme ou d'autres programmes pour la même clientèle.

De façon générale, le programme est plutôt simple à implanter. De plus, les activités qu'il propose demandent peu de matériel. Ce dernier est simple à concevoir et à utiliser et cela, à moindre coût. Les ateliers du programme laissent également place à une certaine flexibilité de mise en œuvre et ont une structure logique et sécurisante qui est reprise de semaine en semaine. Les ateliers du programme permettent de créer un espace relationnel dans lequel le participant peut prendre ses distances quant à ses difficultés quotidiennes et quant à certaines situations de crise auxquelles il est confronté dans sa vie. Aussi, les habiletés travaillées au cours du programme ont été considérées par les participants du groupe expérimental, comme utiles pour leur développement personnel actuel et futur.

Le plus grand succès du programme a sans doute été la rétention des participants. En effet, l'animatrice ainsi que son accompagnateur de stage doutaient des possibilités de rétention au départ étant donné que les participants vivaient certaines difficultés d'adaptation et composaient avec des situations de vie instables et précaires même s'ils n'étaient plus en situation d'itinérance au moment

du programme. Malgré cela, tous les participants ont complété le programme. Dans cette perspective, les stratégies de rétention mises en place par l'animatrice se sont avérées essentielles dans le cadre du présent programme et en constituent un avantage.

Un autre avantage du programme est que sa mise en œuvre a été évaluée. En effet, cette évaluation est essentielle pour s'assurer que les résultats obtenus découlent bel et bien de l'intervention et non d'une implantation inadéquate de ses composantes (Vitaro, 2000). La validité interne d'un programme peut être compromise si la mise en œuvre de celui-ci, plus particulièrement sa conformité, n'est pas évaluée (Dane & Schneider, 1998). Cela peut aussi mener à une sous-évaluation de la valeur du programme et engendrer une discontinuation de celui-ci, même s'il est efficace. L'évaluation de la mise en œuvre peut également permettre d'identifier les obstacles à un programme afin de l'améliorer et de l'adapter en cours de route. En ce sens, l'accessibilité à un manuel d'animation proposant une description détaillée du programme et de ses objectifs ainsi que l'enregistrement audiovisuel des ateliers à des fins d'évaluation se sont avérés des moyens pertinents pour favoriser l'intégrité et, par le fait même, la mise en œuvre optimale du programme. De plus, les cinq composantes (conformité, exposition, qualité de la mise en application, qualité de la participation et différenciation de programme) habituellement retenues pour qualifier la mise en œuvre de programmes valides ont été vérifiées (Vitaro, 2000). L'évaluation de la mise en œuvre du présent programme peut donc être considérée comme complète et rigoureuse.

Limites.

De façon générale, les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude ne peuvent être attribués avec certitude à l'intervention en raison des diverses sources d'invalidité interne associées au protocole choisi. Ces possibles sources d'invalidité interne sont : l'interaction entre la sélection des sujets et la maturation, l'accoutumance au test, la régression statistique et l'interaction entre la sélection des sujets et les facteurs historiques (Cook & Campbell, 1979; Fortin, 2006).

Même si le programme semble avoir eu certains effets positifs sur les participants, il est difficile de déterminer s'ils sont dus au programme lui-même ou à d'autres interventions (p. ex. : services professionnels, activités dans la communauté) auxquelles les participants ont été exposés en même

temps que celui-ci. Dans cette perspective, il serait difficile de déterminer quelle intervention a eu plus d'effets que les autres pour chaque participant.

Comme les taux de conformité des ateliers se sont avérés faibles dans le cadre de l'implantation du programme, il est difficile d'affirmer avec certitude que les résultats obtenus découlent vraiment de l'intervention. Cependant, il est nécessaire de rappeler que l'essentiel du contenu du programme a été transmis aux participants et que les taux de conformité obtenus ne sont pas représentatifs de ceux qui auraient été obtenus si une procédure d'évaluation plus flexible et donc, moins rigoureuse que celle utilisée dans le cadre de cette étude avait été utilisée.

Dans la littérature, il existe peu de programmes valides visant le développement de l'autodétermination chez les adultes présentant une DI (Algozzine et al., 2001; Eisenman & Chamberlin, 2001) et aucun pour ceux qui sont également à risque d'itinérance. De plus, la plupart des programmes dans le domaine de l'autodétermination n'ont pas été évalués. Dans cette perspective, il a été difficile pour l'animatrice de bâtir une intervention basée sur les « meilleures pratiques », ce qui constitue une autre limite du programme.

Le fait que le questionnaire maison servant à mesurer l'atteinte des objectifs proximaux de l'intervention ait été conçu par l'animatrice laisse présager certaines lacunes au plan de la validité et de la fidélité de cette source de mesure. En effet, comme ce questionnaire n'a pas été validé et qu'il ne possède pas des propriétés psychométriques optimales, il se peut qu'il ait engendré des erreurs de mesure difficilement identifiables dans le cadre de cette étude. Certaines sections de ce questionnaire auraient également pu être plus représentatives des construits à évaluer. De plus, certaines questions auraient pu être formulées plus clairement, car elles pouvaient porter à confusion.

Certains biais liés aux réponses des participants sont également possibles dans le cadre de cette étude. En effet, les personnes qui présentent une DI ont une compréhension limitée des chiffres et de toute forme de mesure (Sigelman, 1983). Il faut donc éviter tout questionnaire possédant une échelle de type Likert puisque ces personnes parviennent difficilement à différencier les adverbes de fréquence et de quantité, même avec l'ajout de pictogrammes. Comme elles ont généralement une faible estime de leur capacité à répondre à des questions (Wyngaarden, 1981), les personnes

présentant une DI ont tendance à l'acquiescer à des réponses fermées et à choisir la dernière réponse dans les questionnaires à choix multiples (Carrier & Fortin, 1994). Certaines caractéristiques des questionnaires utilisés dans le cadre de la présente étude ont pu pousser les participants à agir de la sorte. Les personnes présentant une DI ont aussi facilement peur d'être jugées, évaluées, voire réprimandées (Atkinson, 1988). Elles vont donc chercher à éviter ces expériences en essayant de correspondre le plus possible aux attentes de leur évaluateur pour plutôt sentir de l'approbation et de la valorisation. Ceci laisse donc présager la possibilité de biais liés à la désirabilité sociale chez les participants des deux groupes lorsqu'ils ont complété les questionnaires.

Une autre limite de l'étude réside dans le fait que ce ne sont pas tous les participants sélectionnés qui avaient un diagnostic de DI. En effet, on soupçonnait une DI chez certains participants sans qu'ils n'aient pris part à une évaluation intellectuelle formelle. Ceux-ci présentaient toutefois des caractéristiques très semblables aux participants ayant un diagnostic de DI. Cette incertitude relative aux diagnostics de certains participants peut remettre en question l'efficacité du programme auprès de personnes présentant un diagnostic établi de DI.

La sélection des participants et leur répartition dans les deux conditions expérimentales se sont également fait par convenance, soit en fonction de la disponibilité, de la motivation, de l'intérêt et de la fiabilité de ceux-ci à participer au programme. En effet, en raison de l'instabilité physique et psychologique des personnes faisant partie de la clientèle de stage de l'animatrice, il était plus prudent de procéder ainsi afin de favoriser la rétention des participants. La constitution d'un échantillon de convenance peut représenter une limite à la validité écologique d'une étude puisque l'on ne sait pas à quel point les individus choisis sont représentatifs d'un ensemble plus grand d'individus semblables (Fortin, 2006). De plus, comme le groupe expérimental et le groupe contrôle comptaient peu de participants, cela représente également une menace à la validité externe de l'intervention rendant impossible la généralisation des résultats.

Finalement, comme une évaluation à long terme (relance) n'a pu être effectuée étant donné certaines contraintes temporelles liées au stage de l'animatrice, il est impossible de conclure au maintien des effets positifs chez les participants.

4.4. Pistes futures pour l'implantation du programme

Si le présent programme venait à être implanté, il faudrait y apporter certaines modifications. D'abord, il faudrait que le programme comporte davantage d'ateliers afin de permettre une pratique plus intensive des habiletés ciblées. Toutefois, les ateliers pourraient être un peu plus courts afin d'être mieux adaptés aux capacités d'attention et de concentration ainsi qu'au niveau de motivation de la clientèle ciblée. Une autre option possible serait de conserver le même nombre d'ateliers que dans le présent programme, mais de travailler moins d'habiletés. Cette seconde option serait peut-être plus appropriée puisqu'elle risquerait de favoriser davantage la rétention des participants. En effet, il est important que le temps qu'on leur demande d'investir soit raisonnable. La planification d'ateliers de relance à la suite du programme serait également une option pertinente à considérer puisqu'elle permettrait de vérifier le maintien des acquis chez les participants sur une plus longue période. De façon générale, le plus important est de se rappeler qu'il faut éliminer toute barrière à la participation lors de la mise en œuvre d'un programme afin de s'assurer du plus haut taux de présences chez les participants. Il faut que le programme soit fait, dans la mesure du possible, à la convenance des participants et qu'il laisse la possibilité d'une certaine flexibilité pour chacune de ses composantes.

Lors d'une éventuelle implantation du programme, il serait intéressant de créer deux groupes plus homogènes et d'y inclure seulement des personnes à risque d'itinérance ayant un diagnostic fondé de DI. Cela permettrait de tirer des conclusions plus objectives sur l'efficacité du programme après de cette clientèle. En effet, dans le cadre de cette étude, l'incertitude quant aux diagnostics des participants rendait de telles conclusions impossibles. De plus, il serait intéressant de sélectionner des participants n'ayant jamais vécu en situation d'itinérance, mais étant à risque de faire face à cette condition.

Une réplication à l'aide d'un devis expérimental serait intéressante afin de pouvoir conclure avec davantage de certitude sur l'efficacité du programme. Il serait également pertinent de mesurer l'atteinte des objectifs distaux de l'intervention et de revoir le questionnaire maison permettant d'évaluer les objectifs proximaux afin d'en améliorer la validité et la fidélité. Il faudrait aussi procéder à un accord inter-juges pour évaluer la qualité de la participation des participants. De plus,

il serait pertinent de vérifier si l'autodétermination constitue réellement un facteur de protection de l'itinérance.

Finalement, il serait intéressant d'ajouter un volet environnemental au programme. En effet, au lieu de mettre principalement l'accent sur l'individu comme cible d'intervention, comme le propose le présent programme inspiré du modèle fonctionnel de l'autodétermination (Wehmeyer, 2003), il faudrait accorder une place plus importante aux facteurs environnementaux qui entourent cet individu. Très peu d'études se sont intéressées aux liens entre le contexte social des personnes présentant une DI et leur autodétermination. Les recherches effectuées jusqu'à présent ont surtout ciblé le développement de capacités individuelles par l'apprentissage d'habiletés et d'attitudes relatives à l'autodétermination (Algozzine et al., 2001), comme l'a fait le présent programme. De plus, les études portant sur les résultats de vie à l'âge adulte des personnes présentant des limites intellectuelles (Wehmeyer & Schwartz, 1998) ont mis l'accent sur l'indépendance et la productivité de ces individus plutôt que sur des indicateurs expérientiels de la qualité de vie, tels que le bien-être, la motivation et l'ajustement psychologique. Il semble donc important de s'intéresser aux caractéristiques du contexte social qui permettent de développer ces indicateurs chez cette clientèle. Selon une méta-analyse d'Algozzine et ses collègues (2001), la promotion de l'autodétermination demande plus que l'enseignement de nouvelles habiletés ou attitudes. Elle requiert également la création d'environnements dans lesquels les personnes ayant une DI seront encouragées à utiliser ces habiletés et attitudes. Bien que le quotient intellectuel d'un individu soit lié à sa capacité d'être autodéterminé, l'environnement semble jouer un grand rôle. Wehmeyer et Garner (2003) ont d'ailleurs démontré que le Q.I. d'une personne corrèle de façon significative, mais faible ($r=0,16$), avec son niveau d'autodétermination alors que la perception d'avoir l'occasion de faire des choix et de prendre des décisions dans son environnement est un prédicteur significatif de l'autodétermination. D'autres études sont donc nécessaires afin de mieux comprendre l'effet des facteurs environnementaux sur le niveau d'autodétermination des personnes présentant une DI.

Une chose est certaine, il existe un lien entre un degré d'autodétermination élevé et des résultats de vie positifs chez les personnes ayant une DI (Wehmeyer & Schwartz, 1997). Il existe également un lien entre un degré d'autodétermination élevé et une meilleure qualité de vie (Lachapelle et al., 2005; Wehmeyer & Schwartz, 1998). Autrement dit, l'autodétermination peut faire une différence réelle

dans la vie des personnes présentant une DI (Algozzine et al., 2001), c'est pourquoi il est primordial de poursuivre les recherches dans ce domaine.

Conclusion

Lors de la planification du présent programme, les objectifs premiers de l'instigatrice et animatrice de l'intervention étaient que les participants développent quatre différentes habiletés dans l'optique d'augmenter leur degré d'autodétermination. Pour ce faire, l'animatrice a mis en œuvre le programme et a ensuite évalué cette implantation et ses effets selon un protocole quasi-expérimental avant-après avec groupe contrôle non équivalent. Dix participants ont pris part à l'étude. Ceux-ci étaient des adultes à risque d'itinérance présentant une déficience intellectuelle. Bien que les participants du groupe expérimental ne se soient pas améliorés de façon significative pour la majorité des objectifs poursuivis, ils ont tout de même fait certains gains qui nous permettent de croire que l'intervention leur a été bénéfique. Leurs commentaires réussissent d'ailleurs à nous convaincre qu'il serait fort pertinent de reconduire une expérience semblable dans le milieu de stage de l'animatrice. Les limites constatées dans le cadre de cette étude rappellent toutefois que la rigueur est un concept important pour arriver à bien implanter un programme d'intervention.

Pour conclure, cette expérience fut des plus enrichissantes autant au plan personnel que professionnel. Elle m'a permis d'évoluer en tant que future psychoéducatrice par l'exercice des différentes opérations professionnelles et des schèmes relationnels. Cette expérience m'a également permis de réaliser qu'il est essentiel de développer des programmes basés sur les meilleures pratiques, tout en prenant soin d'adapter ceux-ci aux besoins, aux forces et aux limites particulières d'une clientèle donnée.

Références

- Agran, M., & Wehmeyer, M. (2005). Teaching problem solving to students with mental retardation. Dans M. Wehmeyer, & M. Agran (dir.), *Mental retardation and intellectual disabilities: Teaching students using innovative and research-based strategies* (p. 255-272). Boston, MA: American Association on Mental Retardation.
- Algozzine, B., Browder, D., Karvonen, M., Test, D. W., & Wood, W. M. (2001). Effects of interventions to promote self-determination for individuals with disabilities. *Review of Educational Research*, 71(2), 219-277.
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2010). *Intellectual disability: Definition, classification and systems of supports*. (11^e éd.). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- American Association on Mental Retardation. (2002a). Assessment of adaptive behavior. Dans American Association on Mental Retardation (dir.), *Mental retardation : Definition, classification, and systems of supports* (10^e éd., p. 73-91). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- American Association on Mental Retardation. (2002b). Assessment of intelligence. Dans American Association on Mental Retardation (dir.), *Mental retardation : Definition, classification, and systems of supports* (10^e éd., p. 51-71). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- American Association on Mental Retardation. (2002c). Definition, theoretical model, framework for assessment, and operational definitions. Dans American Association on Mental Retardation (dir.), *Mental retardation : Definition, classification, and systems of supports* (10^e éd., p. 3-17). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- American Association on Mental Retardation. (2002d). Etiology and prevention. Dans American Association on Mental Retardation (dir.), *Mental retardation : Definition, classification, and systems of supports* (10^e éd., p. 123-141). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. (4^e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Atkinson, D. (1988). Research interviews with people with mental handicaps. *Mental Handicap Research*, 1(1), 75-90.
- Bambara, L. M., Cole, C. L., & Koger, F. (1998). Translating self-determination concepts into support for adults with severe disabilities. *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 23(1), 27-37.
- Bedell, J. R., & Lennox, S. S. (1997). *Handbook for communication and problem-solving skills training: A cognitive-behavioral approach*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Bellot, C. (2000). La trajectoire: un outil dans la compréhension de l'itinérance. Dans D. Laberge (dir.), *L'errance urbaine* (p. 101-119). Sainte-Foy, Québec: Multimondes.
- Bellot, C. (2003). *Comprendre l'itinérance*. Montréal, Québec: RAPSIM.

- Brolin, D. E. (1997). *Life-Centered Career Education: A competency based approach*. (5^e éd.). Reston, VA: Council for Exceptional Children.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : Experiments by nature and design*. Cambridge, UK: Harvard University Press.
- Bruneau, M.-A. (1999, mai). *Différences des genres: femmes et itinérance "La problématique de la violence"*. Communication présentée au Symposium de formation médicale continue, département de psychiatrie du CHUM, Montréal, Québec.
- Bucher, D. E., & Brolin, D. E. (1987). The Life-Centered Career Education (LCCE) Inventory: A curriculum-based, criterion-related assessment instrument. *Assessment for Effective Intervention*, 12, 131-141.
- Canton, C. L. M., Dominguez, B., Schanzer, B., Hasin, D. S., Shrout, P. E., Felix, A., . . . Hsu, E. (2005). Risk factors for long-term homelessness: Findings from a longitudinal study of first-time homeless single adults. *American Journal of Public Health*, 95(10), 1753-1759.
- Carr, A., & O'Reilly, G. (2007). Lifespan development and the family lifecycle. Dans A. Carr, G. O'Reilly, W. P. Noonan, & J. Mcevoy (dir.), *The handbook of intellectual disability and clinical psychology practice* (p. 50-91). New York, NY: Routledge.
- Carrier, S., & Fortin, D. (1994). La valeur des informations recueillies par entrevues structurées et questionnaires auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 5(1), 29-41.
- Chambers, C. R., Wehmeyer, M. L., Saito, Y., Lida, K. M., Lee, Y., & Singh, V. (2007). Self-determination: What do we know? Where do we go? *Exceptionality: A Special Education Journal*, 15(1), 3-15.
- Chapman, D. A., Scott, K. G., & Mason, C. A. (2002). Early risk factors for mental retardation: Role of maternal age and maternal education. *American Journal on Mental Retardation*, 107(1), 46-59.
- Chevalier, S., & Fournier, L. (1998). *Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec 1996-1997*. Québec, Québec: Santé Québec.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2^e éd.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cook, T. C., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Dane, A. V., & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18(1), 23-45.
- Deci, E. L. (1980). *The psychology of self-determination*. Massachusetts, MA: Lexington Books.
- Deci, E. L., & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY: Plenum Press.
- Dumas, J. E. (2007). Le retard mental ou la déficience intellectuelle. Dans J. E. Dumas (dir.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (3^e éd., p. 59-104). Bruxelles, Belgique: De Boeck Université.
- Eisenman, L. T., & Chamberlin, M. (2001). Implementing self-determination activities: Lessons from schools. *Remedial and Special Education*, 22(3), 138-147.

- Emerson, E. (2007). Poverty and people with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(2), 107-113.
- Field, S., & Hoffman, A. (1996). *Steps to Self-Determination*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Flynn, M. C. (1986). Adults who are mentally handicapped as consumers: Issues and guidelines for interviewing. *Journal of Mental Deficiency Research*, 30, 369-377.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal, Québec: Chenelière.
- Fraser, D., & Labbé, L. (1993). *L'approche positive de la personne: une conception globale de l'intervention*. Laval, Québec: Collectivité.
- Gascon, H. (1998). Estime de soi, sentiment de solitude et satisfaction face au travail chez la personne ayant une déficience intellectuelle légère qui travaille en atelier protégé et chez celle qui travaille en milieu régulier. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 9, 74-80.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal, Québec: Sciences et Culture.
- Gouvernement du Québec (2008). *L'itinérance au Québec: cadre de référence*. Québec, Québec: Les publications du Québec.
- Grossman, H. J. (1973). *A manual on terminology and classification in mental retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- Guillemette, F., & Boisvert, D. (2003). L'entrevue de recherche qualitative avec des adultes présentant une déficience intellectuelle. *Recherches qualitatives*, 23, 15-26.
- Haelewyck, M.-C. (2001). Les effets d'une formation centrée sur les droits et l'autodétermination. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 12, 20-22.
- Halpern, A. S., Herr, C. M., Wolf, N. K., Doren, B., Johnson, M. D., & Lawson, J. D. (1997). *Next S.T.E.P.: Student transition and educational planning*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Hays, R. D., Hayashi, T., & Stewart, A. L. (1989). Brief Social Desirability Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 49, 629-636.
- Haywood, H. C., & Switzky, H. N. (1986). Transactionalism and cognitive processus: Reply to Reynolds and Gresham. *School-Psychology Review*, 15(2), 264-267.
- Hoffman, A., & Field, S. (1995). Promoting self-determination through effective curriculum development. *Intervention in School and Clinic*, 30(3), 134-141.
- Hudson, J. L., Krain, A. L., & Kendall, P. C. (2001). Expanding horizons: Adapting manual-based treatments for anxious children with comorbid diagnoses. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(4), 338-346.
- Juhel, J.-C. (1997). *La déficience intellectuelle: connaître, comprendre, intervenir*. Québec, Québec: Presses de l'Université Laval.
- Karvonen, M., Test, D. W., Wood, W. M., Browder, D., & Algozzine, B. (2004). Putting self-determination into practice. *Exceptional Children*, 71(1), 23-41.
- Kennedy, M. J. (1996). Self-determination and trust: My experience and thoughts. Dans D. J. Sands, & M. L. Wehmeyer (dir.), *Self-determination across the life-span: Independence and choice for people with disabilities* (p. 35-47). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Kiresuk, T. J., Smith, A., & Cardillo, J. E. (1994). *Goal attainment scaling: Applications, theory and measurement*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Koegel, P., Melamid, E., & Burnam, A. (1995). Childhood risk factors for homelessness among homeless adults. *American Journal of Public Health*, 85(12), 1642-1649.
- Lachapelle, Y., Wehmeyer, M. L., Haelewyck, M.-C., Courbois, Y., Keith, K. D., Schalock, R. L., . . . Walsh, P. N. (2005). The relationship between quality of life and self-determination: A international study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 740-744.
- Ladouceur, R., & Bégin, G. (1986). Les protocoles avec groupe de contrôle. Dans R. Ladouceur, & G. Bégin (dir.), *Protocoles de recherche en sciences appliquées et fondamentales* (p. 43-86). St-Hyacinthe, Québec: Édisem.
- Lancôt, N. (2010). Les effets d'un programme cognitif-comportemental appliqué à des adolescentes hébergées en centre jeunesse. *Criminologie*, 43(2), 303-328.
- Larson, S. A., Lakin, K. C., Anderson, L., Kwak, N., Lee, J. H., & Anderson, D. (2001). Prevalence of mental retardation and developmental disabilities: Estimates from the 1994/1995 national health interview survey disability supplements. *Journal of Mental Retardation*, 106(3), 231-252.
- Le Blanc, M., Dionne, J., Proulx, J., Grégoire, J. C., & Trudeau Le Blanc, P. (1998). *Intervenir autrement: un modèle différentiel pour les adolescents en difficulté*. Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Le Blanc, M., & Trudeau Le Blanc, P. (2009). *La démarche pour la résolution d'un problème, son apprentissage et son utilisation lors de rencontres individuelles et de groupe*. (2^e éd.). Montréal, Québec: Boscoville 2000.
- Lessard, A. (1993). La gestalt-thérapie et son application auprès des personnes déficientes intellectuelles. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 4(1), 69-85.
- Loyd, R. J., & Brolin, D. E. (1997). *Life-Centered Career Education: Modified curriculum for individuals with moderate disabilities*. Reston, VA: Council for Exceptional Children.
- Loyd, R. J., Roessler, R. T., & Brolin, D. E. (1989). *Implementing and evaluating the Life-Centered Career Education Curriculum*. Communication présenté au Ninth Annual Conference on American Council on Rural Special Education, Fort Lauderdale, FL.
- Ma, X., Stewin, L. L., & Mah, D. L. (2001). Bullying in school: Nature, effects and remedies. *Research Papers in Education*, 16(3), 247-270.
- Malian, I., & Nevin, A. (2002). A review of self-determination literature: Implications for practitioners. *Remedial and Special Education*, 23(2), 68-74.
- McGraw, S. A., Stone, E. J., Osfanian, S. K., Elder, J. P., Perry, C. L., Johnson, C. C., . . . Luepker, R. V. (1994). Design of process evaluation within the child and adolescent trial for cardiovascular health (CATCH). *Health Education Quarterly, Supplement 2*, 5-26.
- McLaren, J., & Bryson, S. E. (1987). Review of recent epidemiological studies of mental retardation: Prevalence, associated disorders, and etiology. *American Journal of Mental Retardation*, 92(3), 243-254.
- McLean, L. D., & McLean, J. E. (1994). Communication intervention for adults with severe mental retardation. Dans K. G. Butler (dir.), *Intervention strategies* (p. 67-80). Maryland, MD: Aspen.

- Mercier, C., & Picard, S. (2011). Intellectual disability in homelessness. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(4), 441-449.
- Mercier, P., Gagnon, M., & Clément, C. (2005). Les protocoles de recherche pré, quasi et expérimentaux: ce qui différencie chercheurs et recherchistes. Dans S. Bouchard, & C. Cyr (dir.), *Recherche psychosociale: pour harmoniser recherche et pratique* (p. 87-148). Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Mises, R., Perron, R., & Salbreux, R. (1994). *Retards et troubles de l'intelligence de l'enfant*. Paris, France: ESF.
- Mithaug, D., Wehmeyer, M. L., Agran, M., Martin, J., & Palmer, S. (1998). The self-determined learning model of instruction: Engaging students to solve their learning problems. Dans M. L. Wehmeyer, & D. J. Sands (dir.), *Making it happen: Student involvement in educational planning, decision-making and instruction* (p. 299-328). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Nettelbeck, T., & Wilson, C. (2005). Intelligence and IQ: What teachers should know. *Educational Psychology*, 25(6), 609-630.
- Nirje, B. (1972). The right to self-determination. Dans W. Wolfensberger (dir.), *Normalization: The principle of normalization* (p. 176-200). Toronto, Ontario: National Institute on Mental Retardation.
- Nooe, R. M., & Patterson, D. A. (2010). The ecology of homelessness. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20(2), 105-152.
- Nota, L., & Soresi, S. (2004). Social and community inclusion. Dans J. Rondal, R. Hodapp, S. Soresi, E. Dykens, & L. Nota (dir.), *Intellectual disabilities genetics, behaviour, and inclusions* (p. 157-192). London, Angleterre: Whurr Publishers Limited.
- Nowicki, S., & Duke, M. P. (1974). A locus of control scale for non-college as well as college adults. *Journal of Personality Assessment*, 38, 136-137.
- Oakes, P. M., & Davies, R. C. (2008). Intellectual disability in homeless adults: A prevalence study. *Journal of Intellectual Disabilities*, 12(4), 325-334.
- Pallant, J. (2007). Analysis of covariance. Dans J. Pallant (dir.), *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (3^e éd., p. 290-311). New York, NY: McGraw-Hill Open University Press.
- Picard, S., Loyer, C., & Mercier, C. (2011). Itinérance et limitations intellectuelles: problématiques associées et intervention. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 22, 14-19.
- Poirier, M., Hachey, R., & Lecomte, Y. (2000). L'inquiétante étrangeté de l'itinérance. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 9-20.
- Protecteur du citoyen. (2008). *Phénomène de l'itinérance au Québec*. Communication présenté à la Commission des Affaires Sociales, Montréal, Québec.
- Renou, M. (2005). La composante moyens de mise en interaction: les techniques d'intervention. Dans A. Béliveau (dir.), *Psychoéducation: une conception, une méthode* (p. 299-331). Montréal, Québec: Sciences et Culture.
- Schalock, R. L. (1996). *Quality of life: Conceptualization and measurement*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

- Schultz, J. H. (1987). *Le training autogène*. Vendôme, France: Presses Universitaires de France.
- Sigelman, C. (1983). *Communicating with mentally retarded persons: Asking questions and getting answers*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- Simpson, G., & Weiner, W. (1989). *Oxford English Dictionnary*. Oxford, Angleterre: Oxford University Press.
- Skinner, B. F. (2008). Comportement opérant. Dans InPress (dir.), *Science et comportement humain* (p. 69-96). Paris, France.
- Tassé, M. J., & Morin, D. (2003). L'Étiologie. Dans M. J. Tassé ,& D. Morin (dir.), *La déficience intellectuelle* (p. 25-37). Boucherville, Québec: Gaetan Morin.
- Van den Bree, M. B. M., Shelton, K., Bonner, A., Moss, S., Thomas, H., & Taylor, P. J. (2009). A longitudinal population-based study of factors in adolescence predicting homelessness in young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 45(6), 571-578.
- Van den Hout, M., Arntz, A., & Merckelbach, H. (2000). Contributions of psychology to the understanding of psychiatric disorders. Dans M. G. Gelder, J.L. Lopez-Ibor ,& N. C. Andreasen (dir.), *New Oxford textbook of psychiatry* (p. 277-292). Oxford, Angleterre: Oxford University Press.
- Vitaro, F. (2000). Évaluation des programmes de prévention: principes et procédures. Dans F. Vitaro ,& C. Gagnon (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome 1: Les problèmes internalisés* (p. 67-99). Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Wehmeyer, M. L. (1995). Individual and environmental factors related to the self-determination of adults with mental retardation. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 5(4), 291-305.
- Wehmeyer, M. L. (1997). Self-determination as an educational outcome: A definitional framework and implications for intervention. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 9(3), 175-209.
- Wehmeyer, M. L. (2003). A functional theory of self-determination: Definition and categorization. Dans M. L. Wehmeyer (dir.), *Theory in self-determination. Foundations for educational practice* (p. 174-181). Springfield, IL: C.C. Thomas.
- Wehmeyer, M. L. (2007). *Promoting self-determination in students with developmental disabilities*. New York, NY: Guilford Press.
- Wehmeyer, M. L., & Garner, N. W. (2003). The impact of personal characteristics of people with intellectual and developmental disability on self-determination and autonomous functioning. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16(4), 255-265.
- Wehmeyer, M. L., & Kelchner, K. (1995a). *The Arc's self-determination scale*. Arlington, TX: The Arc of the United States.
- Wehmeyer, M. L., & Kelchner, K. (1995b). *The Arc's self-determination scale (adolescent version)*. Arlington, TX: The Arc National Headquarters.
- Wehmeyer, M. L., Lachapelle, Y., Boisvert, D., Leclerc, D., & Morrisette, R. (2001). *L'échelle d'autodétermination version pour adultes*. Trois-Rivières, Québec: LARIDI.

- Wehmeyer, M. L., Palmer, S. B., Agran, M., Mithaug, D. E., & Martin, J. E. (2000). *Promoting causal agency: The self-determined learning model of instruction. Exceptional Children, 66*(4), 439-453.
- Wehmeyer, M. L., & Sands, D. J. (1996). *Self-determination across the life span: Independence and choice for the people with disabilities*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Wehmeyer, M. L., & Schwartz, M. (1997). Self-determination and positive adult outcomes: A follow-up study of youth with mental retardation or learning disabilities. *Exceptional Children, 63*(2), 245-255.
- Wehmeyer, M. L., & Schwartz, M. (1998). The relationship between self-determination and quality of life for adults with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 33*(1), 3-12.
- Wolfensberger, W. (1983). Social role valorisation: A proposed new term for the principle of normalization. *Mental Retardation, 21*(6), 234-239.
- Wolman, J., Campeau, P., Dubois, P., Mithaug, D., & Stolarski, V. (1994). *AIR self-determination scale and user guide*. Palo Alto, CA: American Institute for Research.
- Wyngaarden, M. (1981). Interviewing mentally retarded persons: Issues and strategies. Dans R. Bruininks (dir.), *Desinstitutionalization and community ajustement of mentally retarded people* (p. 107-113). Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- Zhang, D. (2001). The effect of Next S.T.E.P.: Instruction on the self-determination skills of high school students with learning disabilities. *Career Development for Exceptional Individuals, 24*(2), 121-132.

Annexe I

CHAÎNE PRÉDICTIVE

MACROSYSTÈME	<ul style="list-style-type: none">•Discrimination.•Exclusion sociale.•Marginalisation.•Modification des modèles familiaux.	
	<ul style="list-style-type: none">•Faible statut socio-économique, pauvreté/ précarité financière.•Conditions sociales, politiques et économiques telles les réformes dans les politiques sociales, la judiciarisation, la désinstitutionnalisation, la transformation du tissu urbain, la crise du logement, la revitalisation des centres-villes (pénurie de logements sociaux à prix abordables) et la précarité d'emploi.•Difficultés d'accès à certains programmes sociaux en matière de soutien au revenu et à l'emploi.•Coûts des soins de santé.•Investissements gouvernementaux insuffisants.	
MÉSO SYSTÈME	•Adversité dans le voisinage.	
	<ul style="list-style-type: none">•Dysfonctionnement familial: conflits familiaux , inceste, maltraitance (abus sexuel, abus physique, abus psychologique, négligence).•Désaffiliation familiale.•Vulnérabilité des parents: psychopathologie parentale, toxicomanie chez les parents.•Histoire d'instabilité résidentielle: placements extrafamiliaux répétés, être chassé du domicile familial, fugues, déménagements fréquents, itinérance à l'enfance et/ou à l'adolescence.•Pauvreté familiale, stress familial et criminalité chez les parents.•Adoption.•Rupture familiale ou amoureuse.•Expériences de victimisation.•Retards scolaires, décrochage scolaire ou expulsion de l'école.	<ul style="list-style-type: none">•Faible soutien social.•Violence conjugale (prépondérance chez les femmes).•Réseau social limité ou de piètre qualité, isolement social.•Divorce problématique.•Perte d'emploi ou instabilité d'emploi.•Désaffiliation sociale.•Sortie d'une institution et absence de suivi par la suite.
	<ul style="list-style-type: none">•Genre, ethnicité.•Problèmes de comportement/délinquance.•Abus de substances•Faible estime de soi.	<ul style="list-style-type: none">•Déficits au plan des habiletés sociales.•Problème de santé mentale ou physique.•Faible niveau de scolarisation.•Toxicomanie.•Criminalité / problèmes judiciaires.•Problème de jeu pathologique.•Traumatismes dans l'histoire de vie, deuil.•Perte d'autonomie, pertes cognitives liées au vieillissement, syndrome de Korsakoff.•Service militaire / vétéran.
ONTOSYSTÈME	<div>Déficience intellectuelle</div> <div>Facteurs de risque:</div> <div>Période: prénatale, périnatale et postnatale</div> <div>Catégories de facteurs: biomédicaux, sociaux, comportementaux et éducationnels.</div>	
CHRONOSYSTÈME	Enfance	Adolescence
		Risque d'itinérance
		Âge Adulte

• **Facteurs de protection de l'itinérance: bonnes capacités d'ajustements psychosociaux,** emploi actuel ou récent, revenu adéquat, soutien familial adéquat, absence de problèmes de toxicomanie et d'historique d'arrestation, **stratégies de coping efficaces,** réseau social soutenant, mariage.

Cibles d'intervention pour promouvoir l'autodétermination:

- Connaissance de soi et conscience de soi.
- Connaissance de ses préférences.
- Résolution de problèmes personnels et interpersonnels.

• **Facteurs de protection de la DI:** stimulation physique et sensorielle chez l'enfant, environnement sain procurant une sécurité physique et psychologique adéquate et excluant la violence et la négligence, nutrition adéquate, faire partie d'un groupe socio-économique élevé, faible niveau de stress familial, réseau de support social positif, attachement sécuritaire, absence de réparations et de conflits conjugaux

Annexe II

Thématique 3 : Résoudre des problèmes personnels et interpersonnels

Objectifs :

Que le participant améliore sa capacité à résoudre des problèmes personnels et interpersonnels.

À la fin du programme, le participant aura (a) amélioré sa capacité à reconnaître les cinq étapes de la résolution de problèmes, (b) amélioré sa capacité à identifier un problème dans une situation donnée et (c) amélioré sa capacité à nommer des solutions possibles au problème identifié dans une situation donnée

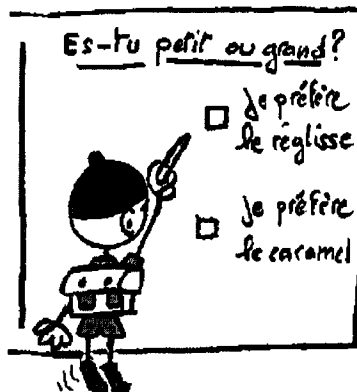
Volet individuel

Atelier 7 (Résolution de problèmes personnels et interpersonnels-première étape)

Matériel requis : cahier de relaxation, portfolio du participant, photocopie de la page couverture de la thématique 3 à insérer dans le portfolio, fiche « Les 5 étapes de la résolution de problèmes », fiche d'activité « La première étape de la résolution de problèmes : Définir le problème », photocopie de la fiche « Retour sur l'atelier 7 », photocopie de l'« Aide-mémoire pour l'exercice #4 », questionnaire pour l'évaluation de l'atelier, prix de présence.

- 1- Présentation de la troisième thématique et de ses objectifs.
- 2- Brève explication du déroulement de l'atelier.
- 3-Période de relaxation et « Comment ça va? ».
- 4-Distinction entre « problème personnel » et « problème interpersonnel ».
- 5- Présentation des 5 étapes de la résolution de problèmes et discussion sur chacune des étapes.
- 6-Discussion/ activité : « La première étape de la résolution de problèmes : Définir le problème ».
- 7-Retour sur l'atelier.
- 8-Explication de l'exercice à réaliser pour le prochain atelier de groupe et remise de l'« Aide-mémoire pour l'exercice #4 ».
- 9-Période de relaxation et « Comment ça va? ».

Mes préférences



Consigne: Répondez aux questions suivantes qui portent sur vos préférences et justifiez votre choix.

1-Ma saison préférée est :

Parce que :

2- Mon repas préféré est :

Parce que :

3-Mon sport préféré est :

Parce que :

4-Mon jeu de société préféré est :

Parce que :

5-Mon groupe de musique/mon chanteur (ou ma chanteuse) préféré est :

Parce que :

6-Mon film préféré est :

Parce que :

7-Mon passe-temps préféré est :

Parce que :

8- Mon fruit préféré est :

Parce que :

9-Mon légume préféré est :

Parce que :

10-Ma couleur préférée est :

Parce que :

11-Mon émission préférée est :

Parce que :

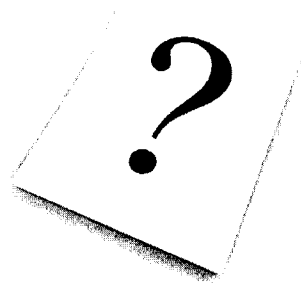
12- Mon breuvage préféré est :

Parce que :

13-Mon dessert préféré est :

Parce que :

La première étape de la résolution de problèmes : Définir le problème



Consigne : Lisez chaque mise en situation et identifiez le problème qui est en jeu.

Mise en situation 1 : Est-ce un problème personnel ou interpersonnel?

Ce matin, Marilou décide d'aller faire des commissions à la pharmacie car son copain est malade. Elle achète du sirop pour la toux, des pastilles et deux boîtes de papiers mouchoirs. En arrivant à la caisse, elle fouille dans son sac pour trouver son portefeuille, mais réalise qu'il n'est pas là. Pourtant, elle est certaine de l'avoir prit sur la table en sortant de son appartement.

Identification du problème :

QUI?:

QUOI?:

OÙ?:

QUAND?

Mise en situation 2 : Est-ce un problème personnel ou interpersonnel?

Jean a un collègue de travail qui est de plus en plus irrespectueux envers lui depuis une semaine.
Jean ne sais pas pourquoi et il aimerait bien régler ce problème.

Identification du problème :

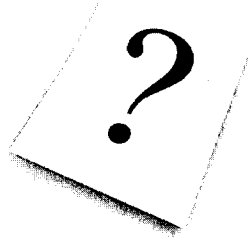
QUI?

QUOI?

OÙ?

QUAND?

C'est quoi le problème?



Consigne : Lisez les mises en situation suivantes et déterminez quel est le problème en jeu.

1- C'est le premier du mois et votre chèque d'aide sociale est en retard alors que vous avez besoin d'aller faire l'épicerie.

Quel est le problème que vous vivez dans cette situation?

- a) C'est le premier du mois.
- b) Votre chèque d'aide sociale est en retard.
- c) Vous avez besoin d'aller faire l'épicerie.

2- C'est l'heure du dîner et vous attendez en file chez « Valentine ». Une personne vous dépasse, ce que vous trouvez très irrespectueux.

Quel est le problème que vous vivez dans cette situation?

- a) C'est l'heure du dîner.
- b) Vous attendez en file chez Valentine.
- c) Une personne vous dépasse dans la file d'attente.

3- Vous avez emprunté la tasse à café de votre ami et sans faire par exprès, vous l'avez brisée. Vous avez peur qu'il soit fâché car c'était sa tasse préférée.

Quel est le problème que vous vivez dans cette situation?

Journal de bord pour l'évaluation de la **conformité du programme**

Atelier# _____(individuel/groupe)

Participants présents : _____

Atelier complété? Oui/ Non/Partiellement

1- Changements apportés aux principes et aux procédures :

Légende :

0= atelier non conforme (plus de deux changements apportés)

1=atelier plus ou moins conforme (un ou deux changements apportés)

2=atelier conforme (aucun changement apporté)

- a) Vous avez emprunté la tasse de café de votre ami.
- b) Vous avez brisé la tasse de café de votre ami.
- c) Vous avez peur que votre ami soit fâché.
- d) C'était sa tasse préférée.

4- C'est l'été et vous prenez une marche au soleil. Tout à coup, vous ressentez des étourdissements et avez l'impression que vous allez perdre connaissance.

Quel est le problème que vous vivez dans cette situation?

- a) C'est l'été.
- b) Vous prenez une marche au soleil.
- c) Vous ressentez des étourdissements et avez l'impression que vous allez perdre connaissance.

5- Votre frère vous doit 50\$ et à chaque fois que vous le voyez, il vous dit qu'il ne l'a pas car il a des problèmes d'argent. Pourtant, il se permet très souvent de manger au restaurant.

Quel est le problème que vous vivez dans cette situation?

- a) Votre frère a des problèmes d'argent.
- b) Votre frère mange très souvent au restaurant.
- c) Votre frère ne vous remet pas l'argent qu'il vous doit.

Annexe III

Aide-mémoire pour l'exercice #1

IDENTIFIEZ UNE DE VOS **FORCES/QUALITÉS** ET UNE DE VOS
DIFFICULTÉS/LIMITES DURANT LA SEMAINE.

1-Force/qualité :

2-Difficulté/limite :

Annexe IV

Retour sur l'atelier 2

1-Nommez au moins une **qualité/force** que vous vous reconnaissez.

2-Nommez au moins une **difficulté/limite** que vous vous reconnaissez.

3-Nommez une **qualité/force** que vous vous êtes découverte aujourd'hui.

4-Nommez une **difficulté/limite** que vous vous êtes découverte aujourd'hui.

Annexe V

CSSS [REDACTED]

CE DIPLÔME CERTIFIE QUE

A complété avec succès le programme : *C'est la vie de qui après tout?*

Remis le : _____

Toutes nos félicitations!

Animatrice

Accompagnateur de stage

Annexe VI

Annexe VII

Journal de bord pour l'évaluation du degré d'exposition au programme (dosage)

Atelier# _____ (individuel/groupe)

Participants présents : _____

Durée approximative de l'atelier : _____ minutes.

Tableau de présences des participants aux ateliers du programme pour l'évaluation du dosage de l'intervention

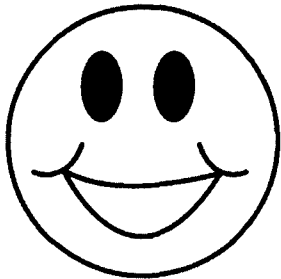
[illegible]

Annexe VIII

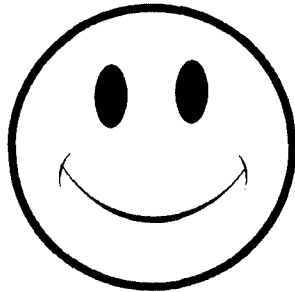
Questionnaire maison pour l'évaluation de la **qualité de la mise en application du programme**
(degré de satisfaction des participants)

Atelier# _____ (individuel/groupe)

1-De façon générale, à quel point êtes-vous satisfait de l'atelier d'aujourd'hui (thématique, activités, discussions, ambiance, animation, etc.)? Faites un X sur l'image qui correspond le plus à votre degré de satisfaction.



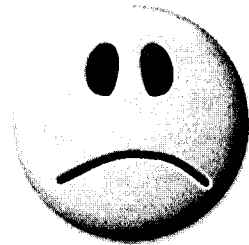
(3=très satisfait)



(2= satisfait)



(1 = insatisfait)



(0=très insatisfait)

Annexe IX

Entrevue de satisfaction pour l'évaluation de la **qualité de la mise en application du programme**

- 1-De façon générale, avez-vous aimé participer au programme *C'est la vie de qui après tout?*
- 2-Quels ont été les points positifs (ce que vous avez aimé ou le plus aimé) du programme?
- 3-Quels ont été les points négatifs (ce que vous n'avez pas aimé ou moins aimé) du programme?
- 4- Si l'on vous demandait de participer à un autre programme semblable à celui-ci, le feriez-vous?
Le recommanderiez-vous à un ami?
- 5- De façon générale, comment avez-vous trouvé Émilie comme animatrice des ateliers (p. ex. : organisation, enthousiasme, clarté, réponses aux questions, attitude, etc.)? Qu'avez-vous aimé ou moins aimé de l'animation?
- 6-De façon générale, comment avez-vous trouvé les activités du programme? Étaient-elles trop faciles? Trop difficiles?
- 7-Quelle thématique avez-vous préférée (connaissance de soi, conscience de soi (émotions, pensées, comportements), connaissance et justification de ses préférences, résolution de problèmes personnels et interpersonnels)?
- 8-Quelle thématique avez-vous moins aimée (ou pas aimée)?
- 9- Que diriez-vous de la durée des ateliers (individuels vs de groupe)? Trop long? Trop court?
- 10- Que diriez-vous du local choisi pour réaliser les ateliers?
- 11- Que diriez-vous du code de vie (était-il important?, pertinent?, utile?, facile à respecter?, etc.).

12-De façon générale, que diriez-vous de l'ambiance (ou de l'atmosphère) des ateliers (individuels vs. de groupe)? Avez-vous préféré les ateliers individuels ou ceux de groupe?

13- Pensez-vous que ce que vous avez appris au cours du programme vous aidera dans le futur? En quoi ces apprentissages vous aideront-ils?

14- De façon générale, qu'est-ce qui explique que vous ayez participé au programme jusqu'à la fin?

Annexe X

Journal de bord pour l'évaluation de la **qualité de la participation**

Atelier# _____ (individuel/groupe)

Nom du participant : _____

1-Assiduité dans les exercices

L'exercice a été fait :

1=Oui

0=Non

2-Qualité de la participation

0=insatisfaisante

1=plutôt insatisfaisante

2=plutôt satisfaisante

3=satisfaisante

4=très satisfaisante

3-Manifestation de comportements perturbateurs ou inadéquats

0=jamais

1=parfois (1 ou 2 fois)

2=souvent (3 ou 4 fois)

3=très souvent (5 fois ou plus)

Annexe XI

Annexe XIII

Échelle de désirabilité sociale.

Énoncés traduits du *Brief Social Desirability Scale* (Hays, Hayashi, & Stewart, 1989)

Voici quelques énoncés sur vos relations avec les autres. À quel point *chaque* énoncé est VRAI ou FAUX pour vous?

	Définitivement (très) vrai	Plutôt vrai	Je ne le sais pas	Plutôt faux	Définitivement (très) faux
1-Je suis toujours poli(e), même avec les gens qui sont désagréables.	1x	2	3	4	5
2- J'ai déjà profité de quelqu'un.	1	2	3	4	5x
3- Parfois, j'essaie de me venger plutôt que de pardonner et d'oublier.	1	2	3	4	5x
4-Il m'arrive de me sentir frustré(e) lorsque je n'obtiens pas ce que je veux.	1	2	3	4	5x
5- Peu importe avec qui je parle, j'écoute toujours bien.	1x	2	3	4	5

x: Indique une direction extrême de la réponse liée à la désirabilité sociale qui vaut 1 point. Les autres réponses valent 0.

Annexe XIV

Questionnaire maison

1-Connaissance de soi

1a-Nommez des forces/qualités personnelles que vous vous reconnaissez dans différents domaines de votre vie quotidienne (maximum 5 minutes).

Total (1 point par qualité/force nommée) :

1b-Nommez des difficultés/limites personnelles que vous vous reconnaissez dans différents domaines de votre vie quotidienne (maximum 5 minutes).

Total (1 point par difficulté/limite nommée) :

2a-Conscience de soi

Lisez les phrases suivantes et dites s'il est question d'un comportement (action), d'une émotion ou d'une pensée. Encerchez votre réponse.

1- Je suis allé(e) au dentiste ce matin.

Émotion

Pensée

Comportement (action)

2- Je me suis senti(e) heureux(se) hier à la cuisine collective.

Émotion

Pensée

Comportement (action)

3-Je me suis dit : « ça ne vaut pas la peine de m'en faire autant pour lui ».

Émotion

Pensée

Comportement (action)

4- Marco est en colère.

Émotion

Pensée

Comportement (action)

5- Je ferai du vélo cet après-midi.

Émotion

Pensée

Comportement (action)

6- Je me suis dit : « c'est une bonne idée de marcher jusqu'au métro au lieu de prendre l'autobus ».

Émotion

Pensée

Comportement (action)

7- Je suis très déçu(e) de ma journée.

Émotion

Pensée

Comportement (action)

8- J'ai pensé inviter ma sœur au cinéma.

Émotion

Pensée

Comportement (action)

9- Je me suis fait à dîner vers 13h.

Émotion

Pensée

Comportement (action)

Total : /9

3-Connaissance et justification de ses préférences

Répondez aux quelques questions suivantes qui portent sur vos préférences (**3a**). Justifiez chaque préférence choisie (**3b**).

1-Ma saison préférée est:

Justification(s):

2-Mon repas préféré est:

Justification(s):

3-Le moment de la journée que je préfère est (matin, après-midi, soir, nuit):

Justification(s):

4-Ma couleur préférée est:

Justification(s):

5- Mon animal préféré est:

Justification(s):

Total (1 point pour la nomination d'une préférence, 1 point pour chaque justification donnée) :

4-Résolution de problèmes personnels et interpersonnels

4a-Encerclez les 5 étapes de la résolution de problèmes :

- a) Identifier le problème.
- b) Chercher des solutions au problème.
- c) Éviter le problème.
- d) Oublier que l'on a un problème.
- e) Identifier la meilleure solution possible (celle qui a le plus d'avantages).
- f) Attendre que le problème se règle seul.
- g) Appliquer la solution.
- h) Évaluer l'application de la solution.

Total (1 point par bonne réponse)= 5

Lisez les deux mises en situation suivantes. Ensuite, identifiez quel est le problème dans la situation (4b) et nommez des solutions possibles au problème identifié (4c).

1-Mon voisin fait jouer de la musique à un très fort volume très tard le soir. Cela arrive plusieurs fois par semaine et je trouve cela très dérangeant.

Identifier le problème :

Solutions possibles au problème :

2-J'ai un terrible mal de tête depuis trois jours et cela me devient insupportable.

Identifier le problème :

Solutions possibles au problème :

Total (1 point pour l'identification du problème et 1 point par solution nommée) :

Annexe XV

Grille d'observation : Conscience de soi

Atelier : 3-4 (individuel/groupe)

Participant : _____

1-Le participant nomme une ou des émotions (lorsqu'il s'agit bien d'une émotion): oui non

Inscrire la ou les émotions nommées :

2-Le participant nomme une ou des pensées (lorsqu'il s'agit bien d'une pensée) : oui non

Inscrire la ou les pensées nommées :

3-Le participant nomme un ou des comportements (lorsqu'il s'agit bien d'un comportement) :
oui non

Inscrire le ou les comportements nommés :

4-De façon générale, le participant distingue bien les trois éléments relatifs à la conscience de soi (émotion, pensée, comportement) :

Toujours (à chaque fois que cela est demandé)/La plupart du temps/Parfois/Jamais

Commentaires de l'animatrice :

Annexe XVI

Questions aux intervenants des participants du groupe expérimental suite au programme

Mentionner à l'intervenant qu'il doit répondre le plus honnêtement et objectivement possible aux questions posées et mentionner que s'il n'a pas observé de changements dans les 11 dernières semaines, il doit en faire part au même titre que s'il en a observé.

Nom du participant : _____

Nom de l'intervenant : _____

1-Avez-vous observé des changements (au plan émotionnel, comportemental et cognitif) chez le participant depuis qu'il participe au programme (11 dernières semaines)? Si oui, demander d'élaborer et de donner des exemples.

2-Le participant semble-t-il mieux se connaître qu'avant? Si oui, demander d'élaborer et de donner des exemples.

Nomme-t-il davantage ses forces/qualités et/ou ses limites/difficultés qu'avant? Si oui, demander d'élaborer et de donner des exemples.

En est-il plus conscient dans sa vie quotidienne? Si oui, demander d'élaborer et de donner des exemples.

3-Le participant semble-t-il mieux connaître ce qu'est une pensée? Un comportement? Une émotion? Sait-il mieux différencier ces trois concepts? Si oui, demander d'élaborer et de donner des exemples.

4-Le participant semble-t-il mieux connaître ses préférences dans différents domaines de sa vie? Si oui, demander d'élaborer et de donner des exemples.

Fait-il plus part de ses préférences? Si oui, demander d'élaborer et de donner des exemples.

Lorsqu'il fait part de ses préférences, est-il plus en mesure de les justifier? Si oui, demander d'élaborer et de donner des exemples.

5-Le participant semble-t-il avoir amélioré sa capacité à résoudre des problèmes personnels et/ou interpersonnels? Si oui, demander d'élaborer et de donner des exemples.

Lorsqu'il fait face à un problème dans une situation x, le participant a-t-il plus de facilité à identifier correctement ce problème (identifier ce qu'est le problème réel)? Si oui, demander d'élaborer et de donner des exemples.

Lorsqu'il fait face à un problème personnel et/ou interpersonnel, le participant a-t-il plus de facilité à nommer des solutions possibles pour le résoudre? Si oui, demander d'élaborer et de donner des exemples.

6-Depuis qu'il participe au programme, le participant semble-t-il prendre davantage pouvoir sur sa vie? Semble-t-il faire des choix plus libres et non influencés par des agents extérieurs?

7-Autres observations significatives (au plan des comportements, des émotions, des pensées, propos du participant quant au programme, changements dans son attitude, changements dans ses habitudes, motivation, projets, aspirations, etc.)?